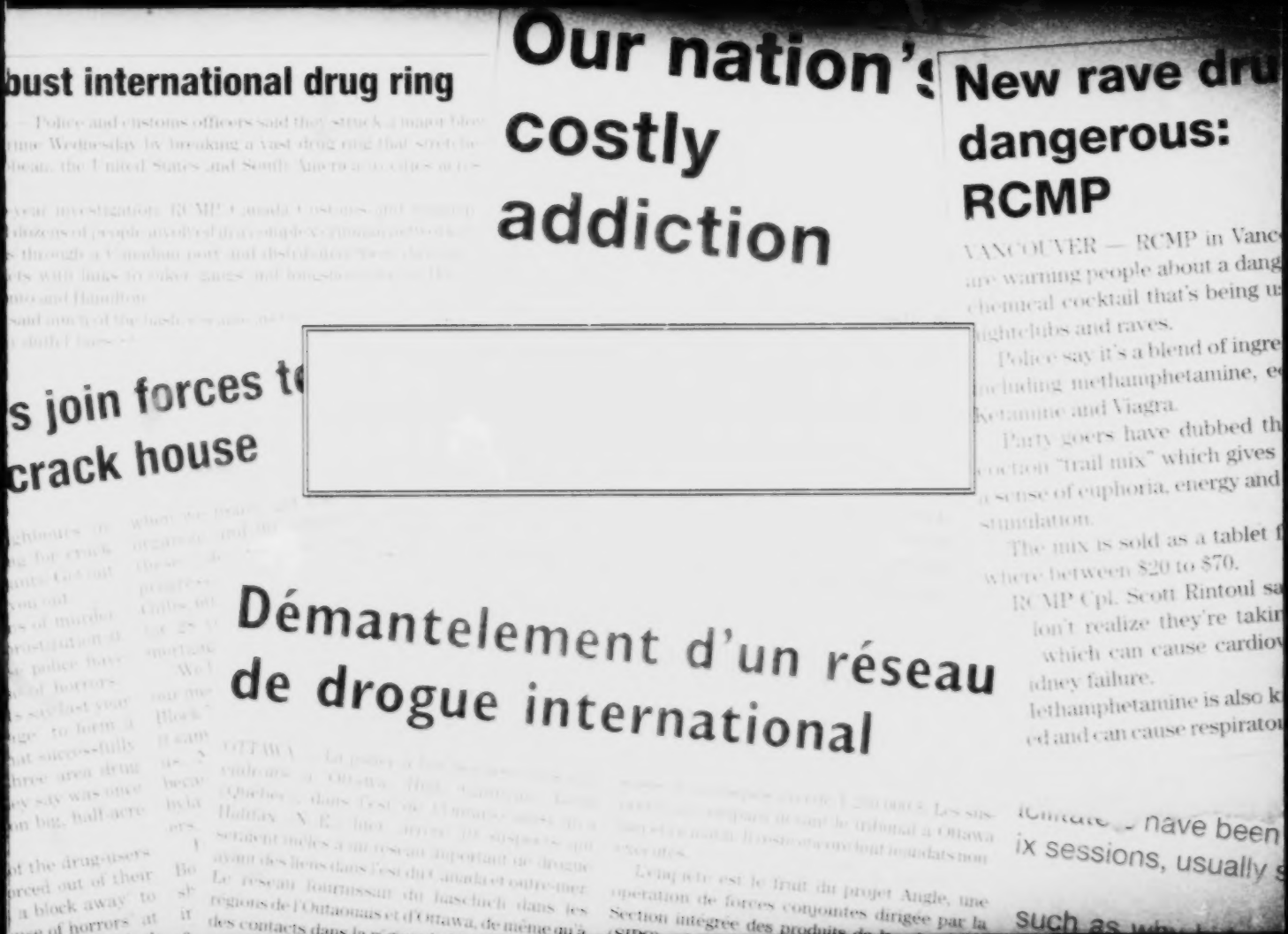
CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

Politique pour le nouveau millénaire

Redéfinir ensemble la stratégie Canadienne antidrogue



Paddy Torsney, députée
Présidente

Décembre 2002

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les témoignages des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : http://www.parl.gc.ca

En vente : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

103-02807/

POLITIQUE POUR LE NOUVEAU MILLÉNAIRE :

REDÉFINIR ENSEMBLE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

Paddy Torsney, députée
Présidente

Décembre 2002

COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

PRÉSIDENTE

Paddy Torsney
Libéral
Burlington (Ontario)

VICE-PRÉSIDENT(E)S

Carole-Marie Allard
Libéral
Laval-Est (Québec)

Randy White
Alliance canadienne
Langley—Abbottsford (Colombie-Britannique)

MEMBRES

Bernard Bigras
Bloc Québécois
Rosemont—Petite-Patrie (Québec)

Libby Davies
Nouveau parti démocratique
Vancouver-Est (Colombie-Britannique)

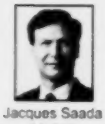
L'hon. Hedy Fry
Libéral
Vancouver-Centre (Colombie-Britannique)

Mac Harb
Libéral
Ottawa-Centre (Ontario)

Dominic LeBlanc
Libéral
Beauséjour—Petitcodiac
(Nouveau-Brunswick)

Derek Lee
Libéral
Scarborough—Rouge River (Ontario)

Réal Ménard
Bloc Québécois
Hochelaga—Maisonneuve (Québec)



Jacques Saada
Libéral
Brossard—La Prairie (Québec)

Kevin Sorenson
Alliance canadienne
Crowfoot (Alberta)

Greg Thompson
Progressiste Conservateur
Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest
(Nouveau-Brunswick)

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Carol Chafe

DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Chantal Collin
Marilyn Pilon

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE

Les Canadiens font depuis trop longtemps abstraction du problème lié à l'usage de substances et de ses effets sur les collectivités. Au cours des 18 derniers mois, les membres du Comité spécial se sont penchés sur cette question.

Le 17 mai 2001, la Chambre des communes a donné suite à une motion présentée par Randy White, député de Langley—Abbottsford, en créant le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou de médicaments. Elle a confié au Comité le mandat très large d'étudier « les facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au Canada » et de soumettre des recommandations visant à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ».

La réalisation d'une étude d'une telle complexité n'aurait pas été possible sans la collaboration de nombreux Canadiens talentueux, dévoués et préoccupés par la question. C'est ainsi que des groupes et des personnes ont partagé avec nous leur passion, leur expérience et leurs connaissances dans le domaine de la toxicomanie et de la dépendance liées à l'usage de substances licites et illicites. Au nom des membres du Comité spécial, je tiens à remercier les personnes et les groupes qui nous ont livré leur témoignage ou qui ont présenté un mémoire. Votre collaboration nous a permis de mieux saisir l'ampleur des problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement de nombreux Canadiens et de leur impact sur l'économie et le régime de sécurité sociale du Canada et, surtout, sur nos familles et nos communautés.

Nous aimerions exprimer notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont bien voulu nous faire part de leur combat personnel et nous recevoir dans les centres de traitement. En acceptant de vous confier de la sorte à de purs étrangers, vous nous avez apporté une aide inestimable. Nous sommes avec vous de tout cœur.

Nous désirons remercier de façon particulière les membres exceptionnels de notre équipe. Le Comité spécial a pu compter sur des personnes compétentes et dévouées. Formant l'équipe de recherche, Marilyn Pilon et Chantal Collin ont mis leurs vastes connaissances et leur talent de rédactrices à contribution pour réaliser l'ébauche du rapport. Il s'agissait d'une tâche colossale et nous les remercions sincèrement pour toutes les heures et les fins de semaine qu'elles y ont consacrées. Toutes nos félicitations également à Carol Chafe, greffière du Comité. Carol a fait preuve d'une remarquable efficacité afin de veiller à ce que notre travail s'effectue de façon productive malgré des délais serrés et changeants et des calendriers concurrents. Nous voulons exprimer notre grande reconnaissance à Lise Tierney, notre agente d'administration, et à Melissa Mastroguiseppe, notre adjointe administrative, pour leur immense soutien. Tout au long de ses travaux, le Comité spécial a pu compter sur le soutien précieux d'interprètes, de réviseurs, de traducteurs, de consolistes et d'autres collaborateurs. Dans

un contexte où la pression était grande, leur dévouement et leurs efforts inlassables ont été vivement appréciés. Nous désirons également souligner le travail accompli par le personnel du Service des publications, sans qui le présent rapport n'aurait pas vu le jour.

En terminant, j'aimerais remercier mes collègues du Comité spécial, tous partis confondus, qui ont travaillé avec diligence au présent rapport tout en participant aux travaux d'autres comités importants et en s'acquittant de leurs responsabilités de parlementaires. Les travaux de notre comité ont constitué une expérience unique. Nous avons fait face à de nombreux obstacles mais avons su les surmonter avec humour et détermination. Le présent rapport est le fruit d'un travail d'équipe et reflète dans l'ensemble notre approche non partisane pour traiter les questions délicates dont nous avons été saisis.

Nous sommes tous impatients de connaître les mesures que prendra le gouvernement à la lumière du présent rapport. Il est impératif que des mesures immédiates et soutenues soient prises pour le bien de tous les Canadiens.

La présidente,

Paddy Torsney, députée

LE COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

a l'honneur de présenter son

RAPPORT FINAL

Conformément aux ordres de renvoi de la Chambre des communes des 17 mai 2001, 17 avril 2002, 7 octobre 2002 et 19 novembre 2002, votre Comité a examiné les facteurs sous-jacents ou parallèles à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments et fait les observations et les recommandations suivantes concernant les voies et moyens par lesquels le gouvernement peut agir, seul ou de concert avec d'autres ordres de gouvernement, pour réduire les dimensions des problèmes que pose telle consommation.

Direction des comités

2e session — 37e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux* de la Chambre des communes
Le lundi 7 octobre 2002

La Chambre reprend l'étude de la motion de M. Boudria (ministre d'État et leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Pagtakhan (ministre des Anciens combattants), — Que, dans le but de pourvoir à la reprise et à la suite des travaux de la Chambre amorcés durant la session antérieure de cette législature, il est ordonné

1. Que tous les témoignages recueillis par un comité permanent ou spécial sur un sujet qui n'a pas fait l'objet d'un rapport pendant la session antérieure, soient réputés avoir été déposés sur le Bureau pendant la présente session;

2. Que, pendant les trente premiers jours de la présente session de la législature, lorsqu'un ministre de la Couronne, proposant une motion portant première lecture d'un projet de loi, déclare que celui-ci se présente sous la même forme qu'un projet de loi déposé par un ministre de la Couronne à la session précédente, si le Président est convaincu que ce projet de loi a la même forme que celui présenté avant la prorogation, ledit projet de loi, nonobstant l'article 71 du Règlement, soit réputé avoir été étudié et adopté à la présente session à toutes les étapes complétées au moment de la prorogation de la session précédente; (*Affaires émanant du gouvernement n° 2A*)

Et de l'amendement de M. Hill (Macleod), appuyé par Mme Skelton (Saskatoon—Rosetown—Biggar),—Que la motion n° 2A soit modifiée par adjonction, après les mots « prorogation de la session précédente », de ce qui suit :

« pourvu que les projets de loi C-15B et C-5 introduits lors de la session précédente soient exclus. ».

La Chambre reprend l'étude de la motion de M. Boudria (ministre d'État et leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Pagtakhan (ministre des Anciens combattants), — Que, dans le but de pourvoir à la reprise et à la suite des travaux de la Chambre amorcés durant la session antérieure de cette législature, il est ordonné

Qu'un comité spécial de la Chambre soit chargé d'examiner les facteurs sous-jacents ou parallèles à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments, et de recommander au gouvernement des moyens qui lui permettront de réduire, seul ou avec le concours des autres paliers de gouvernement, l'ampleur du problème que ce phénomène constitue;

Que la composition du comité soit la même que celle du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au moment de la prorogation de la première session de la législature actuelle, sous réserve que les membres du comité spécial puissent se faire remplacer de temps à autre selon les modalités prévues au paragraphe 114(2) du Règlement;

Que le comité spécial ait tous les pouvoirs conférés aux comités permanents à l'article 108 du Règlement;

Que le comité spécial présente son rapport final au plus tard le 22 novembre 2002. (*Affaires émanant du gouvernement n° 2B*)

Le débat se poursuit sur les motions.

L'affaire émanant du gouvernement n° 2B, mise aux voix, est agréée avec dissidence.

ATTESTÉ

WILLIAM C. CORBETT
Greffier de la Chambre des communes

Direction des comités

1e session — 37e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux* de la Chambre des communes
Le mercredi 17 avril 2002

Conformément à l'article 93 du Règlement, la Chambre procède à la mise aux voix de la motion, telle que modifiée, de M. Martin (Esquimalt—Juan de Fuca), appuyé par M. Gouk (Kootenay—Boundary—Okanagan), — Que le projet de loi C-344, Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (marihuana), ne soit pas maintenant lu une deuxième fois mais que l'ordre soit révoqué, le projet de loi retiré et l'objet renvoyé au Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments.

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est agréée par le vote suivant :

ATTESTÉ

WILLIAM C. CORBETT
Greffier de la Chambre des communes

Direction des comités et des associations parlementaires

1e session — 37e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux* de la Chambre des communes
Le jeudi 17 mai 2001

Il est donné lecture de l'ordre portant prise en considération des travaux des subsides.

M. White (Langley—Abbotsford), appuyé par M. Benoit (Lakeland), propose, — Qu'un comité spécial de la Chambre soit chargé d'examiner les facteurs sous-jacents ou parallèles à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments, et de recommander au gouvernement des moyens qui lui permettront de réduire, seul ou avec le concours des autres paliers de gouvernement, l'ampleur du problème que ce phénomène constitue;

que les membres de ce comité spécial soient choisis par le Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre;

que le Comité permanent fasse rapport à la Chambre de la composition du comité spécial dans les cinq jours de séance suivant l'adoption de la présente motion;

que les membres du comité spécial puissent se faire remplacer de temps à autre selon les modalités prévues au paragraphe 114(2) du Règlement;

que le comité spécial ait tous les pouvoirs conférés aux comités permanents à l'article 108 du Règlement;

que le comité spécial présente son rapport final au plus tard le 1er juin 2002.

Il s'élève un débat.

M. Maloney (secrétaire parlementaire du ministre de la Justice et procureur général du Canada), appuyé par M. Lee (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), propose l'amendement suivant, — Que la motion soit modifiée par substitution, aux mots « 1er juin », de ce qui suit :

« 1er novembre ».

Il s'élève un débat.

La Chambre reprend l'étude de la motion de M. White (Langley—Abbotsford), appuyé par M. Benoit (Lakeland), relative aux travaux des subsides;

Et de l'amendement de M. Maloney (secrétaire parlementaire du ministre de la Justice et procureur général du Canada), appuyé par M. Lee (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes).

Le débat se poursuit.

La Chambre reprend l'étude de la motion de M. White (Langley—Abbotsford), appuyé par M. Benoit (Lakeland), relative aux travaux des subsides;

Et de l'amendement de M. Maloney (secrétaire parlementaire du ministre de la Justice et procureur général du Canada), appuyé par M. Lee (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes).

Le débat se poursuit.

La motion principale, telle que modifiée, est mise aux voix et agréée.

ATTESTÉ

WILLIAM C. CORBETT
Greffier de la Chambre des communes

Direction des comités

2e session — 37e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux* de la Chambre des communes
Le mardi 19 novembre 2002

Du consentement unanime, il est ordonné, — Qu'à la conclusion du débat aujourd'hui sur la motion de l'opposition, toutes questions nécessaires pour disposer de la motion soient réputées mises aux voix et que le vote par appel nominal soit réputé demandé et différé jusqu'au mercredi 20 novembre 2002, à la fin de la période prévue pour les questions orales.

ATTESTÉ

WILLIAM C. CORBETT
Greffier de la Chambre des communes

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS DE LA PRÉSIDENTE v

GLOSSAIRE xxi

CHAPITRE 1 : MANDAT DU COMITÉ 1

CHAPITRE 2 : CONSOMMATION, USAGE NOCIF DE SUBSTANCES ET DÉPENDANCE AU CANADA 5

1. QUE SAIT-ON DE L'AMPLEUR DU PROBLÈME DE LA CONSOMMATION ET DE L'USAGE NOCIF DE SUBSTANCES, ET DE LA DÉPENDANCE QUI Y EST ASSOCIÉE 5

2. SUBSTANCES ILLICITES 10

   a) Cocaïne 11

   b) Héroïne et autres analgésiques opioïdes 14

   c) Stimulants de type amphétamine 17

   d) Ecstasy 18

   e) Hallucinogènes 19

   f) Cannabis 21

3. CONSTATATIONS DU COMITÉ — CONSOMMATION ET USAGE NOCIF DE SUBSTANCES 23

CHAPITRE 3 : LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE 25

1. APERÇU HISTORIQUE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE 25

   a) Phase I : 1987 à 1992 25

   b) Phase II : 1992 à 1997 27

   c) Phase III : 1997 à 2002 28

2. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE I (1987-1992) 38

3. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE II (1992-1997) 39

4. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE III (1997-2002) 40

5. QUELLE DIRECTION FAUT-IL PRENDRE MAINTENANT? 46

6. SURVEILLANCE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE 47

7. CONSTATIONS DU COMITÉ — STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE 48

CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET CONNAISSANCES 51

1. ENQUÊTES NATIONALES 53

2. LA RECHERCHE SUR LA CONSOMMATION ET L'USAGE NOCIF DE SUBSTANCES ET LA GESTION DES CONNAISSANCES 55

a) Coordination des efforts au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 55

i) Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies 57

ii) Le Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues (CVDATD) 57

iii) Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) 58

iv) Santé, éducation et services de police en partenariat 60

v) Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie 61

vi) Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) 62

vii) Conclusion 62

b) Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) — l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) 63

c) Autres initiatives fédérales 65

3. ÉTABLIR LES RECHERCHES PRIORITAIRES ET LES RESSOURCES 66

4. CONSTATIONS DU COMITÉ — RECHERCHE ET CONNAISSANCES 67

CHAPITRE 5 : TOXICOMANIE : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE 71

1. PRÉVENTION ET ÉDUCATION 72

1.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — PRÉVENTION ET ÉDUCATION 78

2. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION 80

a) Prestation des services : rôle du gouvernement fédéral 80

b) Lacunes dans les services de traitement et de réadaptation au Canada 83

i) Disponibilité des traitements 83

ii) Traitement et réadaptation : les défis à relever 84

iii) Traitement de l'opiomanie 85

a) Traitement de maintien à la méthadone (TMM) 86

b) Traitement de maintien à l'héroïne 87

2.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — TRAITEMENT ET RÉADAPTATION 88

3. RÉDUCTION DES MÉFAITS 90

a) Définition de la réduction des méfaits 91

b) Réduction des méfaits de la toxicomanie par injection 91

c) Les mesures de réduction des méfaits 93

i) Programme d'échange de seringues 94

ii) Piqueries sécuritaires 96

d) Évaluation 99

3.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — RÉDUCTION DES MÉFAITS 100

4. USAGE NOCIF DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE 101

4.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — USAGE NOCIFS DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE 105

CHAPITRE 6 : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET SÉCURITÉ PUBLIQUE 107

1. LA *LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES* 107

a) Infractions criminelles et peines 108

b) Conformité réglementaire 109

2. SOLUTIONS DE RECHANGE AUX POURSUITES OU À L'INCARCÉRATION, OU AU DEUX 110

a) Tribunaux de traitement de la toxicomanie 110

b) Traitement obligatoire 112

2.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — SOLUTIONS DE RECHANGE AUX POURSUITES OU À L'INCARCÉRATION, OU AUX DEUX 113

3. ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS 114

a) Sécurité des établissements 115

b) L'état de santé des contrevenants 116

3.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS 118

4. CONTRÔLE FRONTALIER 120

4.1 CONSTATATION DU COMITÉ — CONTRÔLE FRONTALIER 122

5. CRIME ORGANISÉ 123

5.1 CONSTATIONS DU COMITÉ — CRIME ORGANISÉ 124

CHAPITRE 7 : LES TRAITÉS INTERNATIONAUX ET LA RÉFORME LÉGISLATIVE 127

1. TRAITÉS INTERNATIONAUX 128

a) La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 128

b) La Convention sur les substances psychotropes (1971) 129

c) La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988) 129

2. LÉGISLATION CANADIENNE 130

CHAPITRE 8 : LA POLITIQUE ANTIDROGUE D'AUTRES PAYS 133

1. ÉTATS-UNIS 133

2. SUISSE 136

3. ALLEMAGNE 137

4. PAYS-BAS 139

CHAPITRE 9 : LA MARIJUANA 141

1. MANDAT DU COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS 141

2. OPTIONS LÉGISLATIVES 141

3. CONSTATIONS DU COMITÉ — CANNABIS 145

ANNEXE A — LISTE DES RECOMMANDATIONS 147

ANNEXE B — CADRE DE RÉFÉRENCE 157

ANNEXE C — LISTE DES TÉMOINS 163

ANNEXE D — LISTE DES MÉMOIRES 177

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT 183

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE : ALLIANCE CANADIENNE 185

OPINION COMPLÉMENTAIRE : BLOC QUÉBÉCOIS 191

OPINION SUPPLÉMENTAIRE : NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE 195

PROCÈS-VERBAL 201

GLOSSAIRE

ABUS [ABUSE]

Le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par l'American Psychiatric Association) définit l'abus de substances comme étant un comportement mésadapté consistant à consommer des drogues au point de mener à une déficience ou une détresse significative sur le plan clinique, qui se manifeste par un ou plusieurs des symptômes suivants au cours d'une période de 12 mois : consommation récurrente de drogues menant à l'impossibilité de s'acquitter de ses principales obligations au travail, à l'école ou à la maison; consommation récurrente de drogues dans des situations où cela est physiquement dangereux (p. ex. conduire un véhicule ou faire fonctionner une machine); problèmes récurrents de justice liés aux drogues; et consommation continue de drogues en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets des drogues. Le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a constaté que l'expression « abus de substances » est très répandue et que son sens varie selon les personnes. Elle désigne parfois l'usage d'une substance qui ne nuit pas nécessairement à la santé et, en particulier, tout usage d'une substance illicite. **Dans le présent rapport, le Comité préfère l'expression « usage nocif ».**Toutefois, dans les citations de témoignages ou de documents publiés, le rapport s'en tient à la terminologie utilisée par les auteurs.

ACCOUTUMANCE [ADDICTION]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'accoutumance signifie l'usage répété d'une ou plusieurs substances psychoaactives, au point que l'utilisateur est intoxiqué périodiquement ou chroniquement, qu'il a une envie irrésistible de consommer une des substances en question, qu'il lui est très difficile d'abandonner ou de modifier de son propre gré cette consommation et qu'il se montre déterminé à se procurer des substances psychoactives par presque tous les moyens. En général, une personne atteinte d'accoutumance a acquis une certaine tolérance ainsi qu'une dépendance à l'égard d'une substance. **Dans le présent rapport, le Comité préfère l'expression « dépendance ».**

DÉPENDANCE [DEPENDENCE]

Le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par l'American Psychiatric Association) définit la dépendance comme étant un comportement mésadapté consistant à consommer des drogues au point de mener à une déficience ou à une détresse significative sur le plan clinique, qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants à un moment quelconque dans une période d'un an : tolérance; syndrome de sevrage; consommation de grandes quantités ou durant une période prolongée; désir de réduire ou de combattre la consommation de drogue, ou efforts infructueux en ce sens; durée prolongée d'activités visant à se

procurer la substance, à en consommer ou à se rétablir des effets; abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de l'usage de substances; usage persistant même en sachant que cela peut entraîner des problèmes physiques ou psychologiques.

DROGUE ET MÉDICAMENT [DRUG]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le mot médicament signifie, en médecine, toute substance susceptible de prévenir ou de guérir une maladie et d'améliorer la santé physique ou mentale. En pharmacologie, ce mot désigne tout produit chimique qui modifie les phénomènes biochimiques ou physiologiques dans un tissu ou un organisme. Toutefois, le terme « drogue » sert souvent à désigner les substances psychoactives illicites.

DROGUE ILLICITE [ILLICIT DRUG]

Substance psychoactive dont la production, la vente, la possession ou l'usage est interdit. **Dans le présent rapport, le Comité préfère l'expression « substance illicite ».**

MAUVAIS USAGE [MISUSE]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mauvais usage signifie l'usage d'une substance à une fin contraire à la loi ou à l'avis d'un médecin, tel l'usage à une fin non médicale d'un médicament d'ordonnance. Certains membres du Comité préfèrent l'expression « mauvais usage » à celle de « usage nocif ».

MÉTHADONE [METHADONE]

Opiacée de synthèse utilisée dans le traitement de maintien des opiomanes.

SERVICES « À SEUIL BAS » OU À ACCÈS ÉLARGI [LOW-THRESHOLD SERVICES]

Selon le Bureau de contrôle des drogues et de la prévention du crime des Nations Unies, les services aux consommateurs de drogues sont dits « à seuil bas » lorsque les clients peuvent y accéder facilement et n'imposent pas l'abstinence comme condition préalable. Ces services sont souvent offerts sans briser l'anonymat des clients. Ils visent à attirer des clients éventuels en leur offrant, outre des services liés aux drogues, d'autres services qui répondent à leurs besoins immédiats, tels la nourriture, les vêtements ou le gîte, gratuitement ou à prix modique.

SUBSTANCE PSYCHOACTIVE [PSYCHOACTIVE SUBSTANCE]

Substance qui, une fois ingérée, modifie certains processus mentaux tel la cognition ou l'affect. Cette expression est neutre et désigne une catégorie complète de substances licites et illicites. **Dans le présent rapport, le Comité préfère l'expression « substance psychoactive » au terme « drogue » qui, dans le langage courant, désigne une substance illicite.**

SYNDROME DE SEVRAGE [WITHDRAWAL SYNDROME]

Selon l'OMS, le terme syndrome de sevrage désigne un groupe de symptômes, de concentration et de gravité variables, qui apparaît lorsqu'on cesse de consommer ou qu'on consomme moins une substance psychoactive qui a été prise de façon répétée, habituellement pendant une période prolongée et/ou à fortes doses.

TOLÉRANCE [TOLERANCE]

Besoin de consommer des quantités grandissantes d'une substance pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré, ou effet nettement réduit de l'usage continu de la même quantité d'une substance.

USAGE NOCIF [HARMFUL USE]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), usage nocif signifie l'usage d'une substance psychoactive qui entraîne des dommages pour la santé physique ou mentale. Tel usage peut entraîner des conséquences sociales néfastes, lesquelles ne suffisent toutefois pas en soi à justifier un diagnostic d'usage nocif.

CHAPITRE 1 : MANDAT DU COMITÉ

Le 17 mai 2001, la Chambre des communes a confié au Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments le mandat très large d'étudier « les facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au Canada » et de soumettre des recommandations visant à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ». Le Comité a par la suite adopté le cadre de référence qui figure à l'annexe B du présent rapport. Le 17 avril 2002, le mandat du Comité a été élargi alors que la Chambre des communes, par ordre de renvoi, y a ajouté la question du projet de loi d'initiative parlementaire C-344, *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (marihuana)*[1]. La première session de la 37e législature ayant été prorogée le 16 septembre 2002, la Chambre des communes a adopté le 7 octobre 2002 une motion rétablissant le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments en lui redonnant le même mandat et la même composition. Par l'entremise des travaux du Comité, la Chambre des communes tente ainsi pour la première fois, depuis la création de la Commission Le Dain il y a plus de 30 ans[2], de formuler une politique globale concernant les conséquences juridiques, sociales et sanitaires de la consommation non médicale de drogues ou de médicaments.

Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a été créé et a reçu son mandat à la suite d'un débat d'une journée concernant une motion présentée par Randy White, député de Langley—Abbotsford. L'examen du numéro du hansard publié ce jour-là révèle que la consommation de drogues à des fins non médicales est une question non partisane importante qui a des conséquences graves dans toutes les régions du Canada. Le débat a porté notamment sur la marijuana en tant que drogue la plus consommée, mais les députés étaient nettement préoccupés par toutes les drogues illicites, y compris l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy, ainsi que par les décès par surdose et d'autres conséquences pour la santé de la consommation de drogues par injection. Contrairement à l'étude sur la marijuana menée à l'époque par le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, il est ressorti clairement du débat sur la motion, que la Chambre des communes souhaitait que le présent Comité étudie de façon plus générale le problème des drogues illicites et examine tous les aspects de la politique canadienne antidrogue, notamment la Stratégie canadienne antidrogue, l'efficacité des efforts de prévention existants et les mesures prises pour examiner les liens avec le crime organisé.

---

1 Présenté le 4 mai 2001 par le Dr Keith Martin, député d'Esquimalt—Juan de Fuca. Une version précédente du projet de loi a franchi l'étape de la première lecture le 26 octobre 1999; voir le projet de loi C-266, 2e session, 36e législature.

2 La Commission Le Dain avait pour mandat de faire enquête et de produire un rapport sur les facteurs sociaux, économiques, éducationnels et philosophiques se rapportant à l'usage à des fins non médicales des « sédatifs, stimulants, tranquillisants, hallucinogènes et d'autres drogues et substances psychoactives », ainsi que sur la situation de la connaissance médicale par rapport à ces drogues. Voir *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage à des fins non médicales des drogues et autres substances*, Information Canada, Ottawa, 1973, p. 4.

Depuis septembre 2001, le Comité a rencontré plus de 200 témoins dans diverses localités dont Ottawa, Montréal, Vancouver, Abbotsford, Toronto, Burlington, Charlottetown, Halifax, Edmonton et Saskatoon. Nombre de chercheurs, d'universitaires, de fournisseurs de soins, d'experts en politiques et de bénévoles de tous les coins du Canada ont témoigné. Plusieurs l'ont fait à titre personnel, alors que d'autres représentaient des groupes de revendication, des organismes chargés de l'application de la loi, des services gouvernementaux et des organismes non gouvernementaux. La liste des noms des personnes qui se sont présentées devant le Comité se trouve à l'annexe C du présent rapport. Le Comité a aussi reçu des mémoires de nombreux groupes et personnes dont la liste des noms se trouve à l'annexe D du présent rapport. Enfin, le Comité a visité des centres de traitement et des services à « seuil bas » ou à accès [« low-threshold services »] élargi partout au pays, inspecté des postes frontaliers parmi les plus achalandés au Canada, et voyagé aux États-Unis et en Europe. Il a consulté des spécialistes en toxicomanie, des instituts de recherche, des politiciens, des organismes chargés de l'application de la loi et des hauts fonctionnaires, et a pu constaté sur place l'incidence de certaines de leurs méthodes de traitement les plus novatrices. En plus d'encourager les députés à tenir des consultations publiques dans leur propre circonscription et à faire part de leurs constatations, le Comité a aussi invité les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé à participer à son étude, soit en personne, soit par la présentation d'un mémoire.

Même si le présent rapport traite en particulier des questions les plus flagrantes, les membres du Comité conviennent que l'utilisation de drogues ou de médicaments à des fins non médicales au Canada est un problème de plus en plus endémique. Il faut s'y attaquer en adoptant des stratégies générales qui soient soutenues, dotées d'un financement suffisant et applicables à toutes les substances dont on abuse, sans égard à leur source, leurs effets ou leur statut légal. Par conséquent, en plus de présenter des recommandations précises, le rapport propose un plan de mise en œuvre d'une nouvelle Stratégie nationale antidrogue qui repose sur la somme considérable de connaissances et de compétences qui existent déjà au Canada. Il propose en outre des améliorations importantes en matière de recherche clinique et sociale, d'évaluation des programmes, de collecte de données et de répartition des ressources afin de donner plus de mordant à la réponse du gouvernement fédéral au problème de la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au Canada.

Lors de ces réunions et de ces visites, le Comité spécial a entendu des témoignages concernant une panoplie de substances licites et illicites, ainsi que les personnes les plus touchées par celles-ci. Trente ans après la publication du rapport final de la Commission Le Dain, le Comité a été consterné et attristé de constater que la catastrophe sanitaire et sociale de la drogue se poursuit. En effet, l'abus de substances joue un rôle dans un décès sur cinq au Canada[3].

---

[3] Eric Single, témoignage devant le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou de médicaments (ci-après appelé le Comité), 7 novembre 2001.

Quand vous constatez le manque de soins offerts sur place aux personnes qui vivent dans la rue, vous trouvez scandaleux qu'on dépense de l'argent pour punir ceux qui ne peuvent pas se faire soigner. Quand vous voyez qu'on dépense des sommes fabuleuses pour des traitements qui sont inefficaces ou qui visent à contrôler plutôt qu'à aider, vous avez envie de crier votre exaspération. Quand vous voyez des gens s'enrichir par la misère des toxicomanes sans que rien ne change, vous voulez obtenir des réponses[4].

Le Comité a bon espoir que ses travaux feront réellement évoluer les choses pour ceux qui vivent le problème dans la rue.

---

[4] Thia Walter, mémoire présenté au Comité, 5 décembre 2001.

CHAPITRE 2 : CONSOMMATION, USAGE NOCIF DE SUBSTANCES ET DÉPENDANCE AU CANADA

À titre de médecin, je fais quotidiennement face aux graves conséquences pour la santé de la consommation de drogues, de l'héroïnomane en sevrage au fumeur de crack au sortir d'un épisode de consommation excessive de 72 heures, en passant par l'adolescente battue dont le rendez-vous a mal tourné. Il y a là quelque chose de terriblement pernicieux. Je suis convaincu que les drogues ne sont pas seules en cause. Il y a dans notre lutte antidrogue des éléments qui ont pour effet d'aggraver nettement une situation déjà malsaine au point de départ[5].

Les drogues illicites sont une question importante pour le Canada en raison de leurs répercussions négatives importantes. Les coûts économiques, notamment ceux associés aux soins de santé, à la perte de productivité, au crime contre les biens et à l'application des lois, dépasseraient les 5 milliards de dollars par année. Chaque année, plus de 50 000 personnes sont mises en accusation pour des infractions liées aux drogues. Ces infractions donnent lieu à plus de 400 000 comparutions devant les tribunaux. Enfin, la vente de drogues illicites constitue une importante source de financement pour le crime organisé et le terrorisme[6].

1. QUE SAIT-ON DE L'AMPLEUR DU PROBLÈME DE LA CONSOMMATION ET DE L'USAGE NOCIF DE SUBSTANCES, ET DE LA DÉPENDANCE QUI Y EST ASSOCIÉE?

La consommation de substances psychoactives est un phénomène presque universel qui est complexe et qui suscite de vifs débats. La réduction de l'offre et de la demande de ces substances est un défi auquel sont confrontés la plupart des pays. L'usage nocif de substances (essentiellement les substances psychoactives, dont l'alcool) a été associé à une grande diversité de problèmes sociaux et sanitaires : VIH/sida, hépatite C, itinérance, violence familiale, prostitution, exploitation sexuelle, délinquance, criminalité, abus et négligence envers les enfants. Dans l'ensemble, le Comité est d'avis que l'usage nocif de substances et la dépendance sont essentiellement des problèmes de santé publique auxquels il faut s'attaquer dans le cadre d'une stratégie en santé publique.

L'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées dans le monde. Les niveaux et profils actuels de consommation de ces substances entraînent des méfaits pour la santé et des coûts pour la société qui dépassent de loin les méfaits des drogues illicites. Toutefois, l'usage répandu de ces substances justifierait des études

---

[5] Dr Mark Tyndall, directeur de l'épidémiologie, B.C. Centre for Excellence, Université de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

[6] Déclaration liminaire de Michael McLaughlin, sous-vérificateur général du Canada, devant le Comité, 6 février 2002.

spéciales approfondies qui débordent le mandat du Comité. Le Comité a donc décidé de concentrer ses efforts sur l'usage des substances illicites et la consommation non médicale des médicaments d'ordonnance.

Il est important de noter d'entrée de jeu que la plupart des gens qui déclarent avoir consommé de la drogue au moins une fois dans leur vie l'ont fait à titre d'expérience ou en ont consommé de manière épisodique, lorsqu'ils étaient adolescents ou jeunes adultes. Un pourcentage relativement faible de personnes continuera de consommer régulièrement des drogues ou des médicaments plus tard dans leur vie (20 %, et même moins dans le cas des drogues illicites), mais plus de 75 % continueront de consommer de l'alcool[7]. Quant aux personnes qui consommeront au point d'endommager leur santé ou de devenir dépendants, elles représentent un pourcentage encore plus faible.

Un faible pourcentage de la population consomme des substances psychoactives, mais il importe de noter que la consommation, tout comme le risque d'usage nocif et de dépendance, est à la hausse, et qu'elle entraîne des conséquences dévastatrices, tant pour les consommateurs de ces substances que pour l'ensemble de la société.

Selon un rapport publié par les Nations Unies en 2002, le cannabis était la substance illicite la plus consommée dans le monde à la fin des années 1990 (quelque 147 millions de personnes ou 3,5 % de la population mondiale âgée de 15 ans et plus). Venaient ensuite les amphétamines (33 millions de consommateurs de méthamphétamine et d'amphétamines et 7 millions de consommateurs d'ecstasy), la cocaïne (13 millions de consommateurs) et les opiacés (quelque 13 millions de personnes, dont quelque 9 millions de consommateurs d'héroïne). Le rapport révèle également les constatations suivantes : la toxicomanie est beaucoup plus répandue chez les hommes que chez les femmes (notamment pour ce qui a trait à l'abus d'héroïne, de crack-cocaïne ou de méthamphétamine); dans plusieurs pays, il existe une corrélation entre le chômage et la fréquence des toxicomanies; la consommation de drogues illicites est plus répandue chez les jeunes (groupe d'âge de 18 à 25 ans) dans presque tous les pays[8]. Toutefois, l'usage nocif de substances ne se limite pas à un groupe d'âge, à une classe sociale, à un groupe ethnique ou à un sexe particulier.

Selon des enquêtes menées auprès d'élèves, les adolescents sont de plus en plus nombreux à consommer des substances illicites, surtout du cannabis. Chez les jeunes, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie est très élevée. Selon le rapport des Nations Unies, 42,8 % des élèves de 10e année aux États-Unis et 23 % des élèves de 15 et 16 ans en Europe ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois. Le rapport indique en outre que la prévalence, au cours de la vie, de la

---

7 L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), *Drugnet Europe*, Bulletin bimensuel de l'OEDT, juillet-août 2002, n° 26.

8 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 213-214.

consommation de toute drogue (y compris les tranquillisants et les inhalants) chez les élèves de 15 et de 16 ans est plus élevée aux États-Unis (46,2 %) qu'en Europe (25,1 %)[9].

La consommation fait maintenant partie du mode de vie de nombreux jeunes dans le monde, et les jeunes Canadiens n'y font pas exception. Selon une étude transnationale de l'Organisation mondiale de la santé sur les comportements influant sur la santé des jeunes d'âge scolaire, menée au Canada par l'université Queen's, la consommation d'alcool, de tabac et de substances illicites (surtout le cannabis) est très répandue chez les jeunes. En effet, l'étude révèle que plus de 90 % des jeunes de 10e année ont déjà consommé de l'alcool. Le plus étonnant, c'est que les deux-tiers (68 %) des élèves de 6e année ont aussi déjà consommé de l'alcool. Le pourcentage des garçons de 10e année qui ont déclaré avoir bu de la bière au moins une fois par semaine a chuté, passant de 30 % en 1990 à 18 % en 1998. Chez les filles, ce taux est passé de 19 % en 1990 à 10 % en 1998. L'étude révèle en outre une « augmentation marquée de la consommation de haschisch et de marijuana entre 1994 et 1998. Fait intéressant, on note pour la même période une diminution de la consommation de bière, ce qui pourrait indiquer une perte de popularité de cette boisson au profit du haschisch et de la marijuana. Ce qui est certain, c'est qu'il est devenu beaucoup plus facile de se procurer de la marijuana, à un prix relativement peu élevé »[10]. Quarante-deux pour cent des élèves de 10e année ont déclaré avoir consommé de la marijuana au moins trois fois en 1998 comparativement à 25 % en 1990. La consommation de marijuana des élèves de 8e année a grimpé, passant de quelque 10 % en 1990 à 19 % en 1998. La consommation de cocaïne chez les élèves de 10e année a presque doublé entre 1994 et 1998, passant de 3 % à 5,5%. Les adolescents consomment habituellement des drogues en compagnie d'amis qui, eux aussi, fument, consomment de l'alcool ou prennent des drogues illicites[11].

Pourquoi y a-t-il eu cette nette augmentation de la consommation? Selon une analyse du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (Ontario Student Drug Use Surveys) pour la période de 1977 à 1999, il existe une corrélation entre la hausse de la consommation chez les jeunes et la diminution du sentiment qu'elle peut entraîner des conséquences néfastes, la permissivité accrue à l'endroit des drogues et l'accès de plus en plus facile aux drogues[12].

Au Canada, des données nationales sur la prévalence de la consommation de drogues dans le groupe d'âge général de 15 ans et plus ont été recueillies lors de l'enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada[13]. La substance illicite la

---

9 *Ibid.*, p. 218.

10 Santé Canada, *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, 1999, chapitre 10, p. 98.

11 *Ibid.*, p. 98-99.

12 Edward M. Adlaf, Angela Paglia, Frank J. Ivis, *Drug Use Among Ontario Students, 1977-1999: Findings from the OSDUS*, Centre for Addiction and Mental Health Research Document Series No. 5, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.camh.net/addiction/ont_study_drug_use.html.

13 Santé Canada, Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada : analyse des résultats, 1997.

plus consommée a été le cannabis; 7,4 % des répondants ont déclaré en avoir consommé au cours des 12 derniers mois (28,2 % ont déclaré en avoir consommé toute leur vie[14]). Viennent ensuite le LSD, les amphétamines ou l'héroïne (1,1 % ont déclaré en consommer couramment), et la cocaïne (moins d'un pour cent ont déclaré en consommer couramment)[15]. La consommation d'ecstasy n'a pas été évaluée dans l'enquête de 1994 mais, selon des données provinciales, elle est aussi répandue au Canada qu'ailleurs. Pour ce qui est des drogues injectables, selon les estimations fondées sur des études récentes, le nombre de consommateurs au Canada se situe entre 90 000 et 125 000. De ce nombre, 25 000 s'injecteraient des stéroïdes. Les drogues injectables les plus consommées sont la cocaïne et l'héroïne.

Il existe très peu de données sur le mauvais usage des médicaments d'ordonnance au Canada, mais le Comité a constaté que cette question est un sujet de préoccupation partout au pays. Selon un récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, des millions de Canadiens prennent des médicaments chaque jour et environ 65 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir pris des médicaments antidouleur dans le mois précédant leur déclaration[16]; 5 % ont déclaré avoir pris des somnifères et des tranquillisants, et 4 % des antidépresseurs[17]. Le détournement de stimulants d'ordonnance (p. ex., le Ritalin) est préoccupant chez les adolescents. Selon une étude récente menée auprès d'élèves des provinces de l'Atlantique, des 5,3 % d'élèves ayant déclaré avoir consommé des stimulants à des fins médicales dans les 12 mois précédant l'enquête, 14,7 % ont déclaré avoir donné une partie de leurs médicaments, 7,3 % en avoir vendu une partie, 4,3 % s'en être fait voler, et 3,0 % avoir été forcés d'en donner une partie[18].

Pour ce qui à trait à l'alcool et au tabac, selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001, 21,5 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus fument régulièrement et 20,1 % font une consommation abusive d'alcool (5 verres ou plus en une même occasion, 12 fois ou plus au cours des 12 derniers mois). Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 35,2 % des garçons et 28,8 % des filles auraient consommé 5 verres et plus en une même occasion, 12 fois ou plus par an, et 18,3 % étaient des fumeurs quotidiens[19].

---

14 Inclut « consommé une seule fois ».

15 Santé Canada, Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada : analyse des résultats, 1997, p. 63-64.

16 Médicaments antidouleur allant de l'aspirine à la morphine.

17 Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, Statistique Canada, 2000, accessible en ligne à l'adresse suivante : secure.cihi.ca/cihiweb/products/HR2002FR.pdf.

18 Christiane Poulin, « Medical and nonmedical stimulant use among adolescents : from sanctioned to unsanctioned use », dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165 (8): 1, 2001 p. 39-44.

19 Statistique Canada, *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2000-2001, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.statcan.ca/français/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/2155_f.htm.

On en sait encore trop peu sur les coûts économiques associés à la consommation et à l'usage nocif de substances. Au Canada, les données les plus récentes sur les coûts sanitaires, sociaux et économiques associés à la consommation de substances psychoactives remontent à la publication en 1996, par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, du document *Les coûts de l'abus de substances au Canada*. Selon l'étude, qui renferme une analyse de données recueillies en 1992, les coûts associés à la consommation de drogues au Canada s'élèveraient à plus de 18,45 milliards de dollars. On estime que 40,8 % de cette somme sont attribuables à l'alcool. Quant au coût du tabagisme, il s'élevait à 9,56 milliards de dollars, soit plus de la moitié (51,8 %) du coût total de la consommation de drogues. Les coûts économiques liés aux drogues illicites ont été évalués à 1,37 milliard de dollars. De cette somme, quelque 823 millions de dollars seraient attribuables à la perte de productivité pour cause de maladie et de décès prématuré, et environ 400 millions de dollars seraient consacrés à l'application des lois. Quant aux coûts directs des soins de santé liés aux drogues illicites, on les a évalués à 88 millions de dollars[20]. Dans le rapport 2001 de la vérificatrice générale du Canada, les coûts économiques attribuables aux substances illicites, notamment ceux associés aux soins de santé, à la perte de productivité, aux crimes contre les biens et à l'application des lois ont été évalués à plus de 5 milliards de dollars par année[21]. Plus précisément, selon une étude de 1996-1997[22] sur une cohorte de 114 consommateurs d'opiacés illicites non traités de Toronto, le coût social pour cet échantillon en 1996 a été de 5,086 millions de dollars[23]. On explique que ces coûts sont avant tout attribuables aux conséquences subies par les victimes d'actes criminels (44,6 %) et à l'application des lois (42,4 %), puis à la perte de productivité (7,0 %) et aux coûts liés aux soins de santé (6,1 %)[24].

Enfin, les efforts pour réduire l'offre de substances imposent un fardeau de plus en plus lourd au système de surveillance et d'application des lois. En 2001, plus de 90 000 cas de conduite avec facultés affaiblies ont été signalés par les autorités policières. Quelque 71 000 personnes ont été inculpées. Les autorités policières ont en outre signalé 91 920 incidents se rapportant à la *Loi réglementant certaines drogues et*

---

20 Eric Single, *et al.*, *Les coûts de l'abus des substances au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996.

21 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, de 2001, chapitre 11 — Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral, 2001.

22 R. Wall, *et al.*, « The social cost of untreated opiate use », *Journal of Urban Health*, 77, 2001, p. 688-722.

23 Même s'il est risqué de généraliser et d'étendre ces résultats au reste de la population de consommateurs d'opiacés illicites, les chercheurs ont fait remarquer que la majorité de leurs répondants avaient été recrutés dans le contexte de programmes d'échange de seringues et dans des centres de services sociaux. Du fait que ces consommateurs étaient mieux informés quant aux risques pour leur santé et davantage motivés pour réclamer des services de santé et des services sociaux, les coûts sociaux qui leur sont attribuables pourraient être inférieurs à ceux de personnes issues d'un milieu semblable, mais plus isolées.

24 Les coûts liés aux conséquences subies par les victimes d'actes criminels comprennent les défraiements, l'indemnisation pour souffrance et douleur, les pertes de productivité et les soins de santé. Les coûts d'application des lois comprennent ceux des services de police, des services judiciaires et des services correctionnels. Les pertes de productivité sont calculées en fonction des coûts liés à la morbidité et à la mortalité. Les coûts des soins de santé comprennent ce qu'il en coûte pour les soins d'hospitalisation, les soins d'urgence, les soins aux malades externes, les traitements pour les toxicomanies, les soins médicaux, les services ambulanciers et les produits pharmaceutiques.

autres substances au Canada au cours de la même année. Les infractions liées au cannabis représentaient environ trois-quart de toutes les infractions liées à des drogues[25]. Le phénomène de la culture de la marijuana dans des habitations est particulièrement préoccupant. « On a observé une augmentation du nombre d'installations organisées et perfectionnées servant à la culture d'un grand nombre de plants [à des fins lucratives]. Les profits illicites ainsi générés sont énormes, et le crime organisé fait partie intégrante de ces [activités][26] ».

> *La très forte augmentation des installations de culture hydroponique de marijuana dans le sud-ouest de l'Ontario présente de multiples problèmes de contrôle. Il s'agit en vérité d'un problème à l'échelle du pays voire même de l'Amérique du Nord. Les agents de police doivent avoir une bonne connaissance du matériel spécialisé et des pratiques de manutention. Le matériel et son entretien coûtent cher, et la détection des installations, vu leur grand nombre, grève les ressources policières. Ces installations posent en outre un grave problème de sécurité à tous les prestateurs de services d'urgence, à la police et à tous les intervenants susceptibles de se présenter sur les lieux, notamment le personnel des compagnies d'hydroélectricité.*
>
> *Une condamnation pour culture hydroponique de marijuana résulte en une peine de prison allant de six mois à un an, ce qui n'est guère dissuasif pour les groupes liés au crime organisé qui peuvent gagner 400 000 $ par an avec 400 plants de marijuana. L'on pense également dans les milieux policiers que les fonds dérivés de ces opérations sont utilisés pour financer l'importation d'autres drogues, par exemple l'héroïne, le MDA et l'ecstasy, ainsi que d'autres activités criminelles. La grande majorité, soit plus de 80 p. 100, des organisations criminelles s'adonnent au trafic de stupéfiants. Les drogues illicites sont le produit de base des activités liées au crime organisé*[27].

2. SUBSTANCES ILLICITES[28]

Les paragraphes qui suivent décrivent brièvement les principales substances illicites aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (1996, ch. 19), les effets recherchés et leurs effets à court terme[29], les effets à long terme, et

---

25 Josée Savoie, « Statistique de la criminalité au Canada, 2001 », *Juristat*, Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° de catalogue 85-002-XIF, vol. 22, n° 6, p. 10-11. Le nombre d'incidents est tiré du *Programme de déclaration uniforme de la criminalité* et ne correspond qu'à l'infraction la plus grave commise lors d'un incident criminel. Par conséquent, si un incident criminel comprend un vol et la possession de drogues, seul le vol sera consigné dans la base de données.

26 Service canadien de renseignements criminels, *Rapport spécial — Opérations GREENSWEEP I & II*, 2002, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.cisc.gc.ca/AnnualReport2002/Cisc2002fr/ greensweepFr2002.html.

27 Julian Fantino, chef, Services de la police de Toronto, témoignage devant le Comité, 18 février 2002.

28 Le document *Terminology and Information on Drugs* de l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, préparé par la Section scientifique (Laboratoire), Direction de l'élaboration et de l'analyse des politiques, Division des opérations et de l'analyse, octobre 1998, est la principale source d'information sur les diverses substances décrites dans la présente section. Le document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : www.undcp.org/odccp/report_1998-10-01_1.html.

29 Effets produits par une seule dose ou après une courte période d'usage continu d'une substance.

donnent une idée très générale de l'ampleur de leur usage et/ou de leur usage nocif. Ces substances se répartissent en trois grands groupes : les dépresseurs du système nerveux central (p. ex., l'héroïne), les stimulants (p. ex., la cocaïne) et les hallucinogènes (p. ex, le LSD). Le cannabis forme une classe à part car il a des effets déprimants et peut aussi causer, quoique rarement, des hallucinations lorsqu'on en fait usage ou à très fortes doses. Il est important de noter que les effets psychoactifs et autres conséquences d'une substance sur une personne qui en consomme dépendent de divers facteurs : la concentration d'agents psychoactives; le mode d'absorption; les circonstances dans lesquelles la drogue est consommée; l'état mental du consommateur; les effets attendus; l'historique de la consommation de la substance; la physiologie du consommateur; l'effet combiné de la substance avec d'autres psychoactives.

Quelles sont les principales substances consommées par les personnes qui sont traitées pour usage nocif et dépendance, en Amérique du Nord et dans certains pays d'Europe? Chez les personnes traitées, les principales substances visées semblent être les opiacés et la cocaïne, suivis du cannabis et des amphétamines. Au Canada, des données de 1995-1996 indiquent que 63,3 % des consommateurs ont été traités pour des problèmes associés à la cocaïne ou à des dérivés de celle-ci (notamment la cocaïne, le crack et le basuco[30]), 45,3 % pour consommation d'héroïne, 5,3 % pour consommation d'amphétamines et 18,3 % pour consommation de cannabis. En 1999, aux États-Unis, 27,7 % des personnes traitées l'ont été pour des problèmes liés à la consommation d'héroïne, 26,8 % pour consommation de drogue du type de la cocaïne, 26,3 % pour consommation de cannabis et 8,5 % pour consommation d'amphétamines[31]. En 1999, en Allemagne, 64,7 % des personnes ont été traitées pour consommation d'opiacés, 7,7 % pour consommation de cocaïne, et 22,2 % pour consommation de cannabis. La même année, aux Pays-Bas, 63,2 % des personnes ont été traitées pour consommation d'opiacés, 21,2 % pour consommation de cocaïne, 10 % pour consommation de cannabis et 2,6 % pour consommation d'amphétamines. En 1998, en Suède, 32 % des personnes traitées l'ont été pour consommation d'opiacés et 7 % pour consommation de cannabis.

a) Cocaïne

> *... l'épidémie de VIH que connaît Vancouver est principalement liée à l'utilisation de cocaïne sous forme injectable. Même si on a souvent affaire à des utilisateurs de multiples drogues, y compris l'héroïne, le crack, la marijuana, l'alcool et un éventail d'autres substances, c'est la consommation de cocaïne sous forme*

---

30 Basuco (de l'espagnol *base de coca*) est une forme impure et bon marché de cocaïne, qui est particulièrement toxique parce qu'elle contient du kérosène, de l'acide sulfurique et d'autres produits chimiques toxiques utilisés pour extraire la cocaïne de la feuille de coca. Le basuco produit un effet d'euphorie encore plus marqué que l'inhalation de colle et crée donc chez le consommateur un besoin plus intense de se lancer continuellement à la recherche d'une « dose ». Communiqué de presse OMS/35 — 21 avril 1994.

31 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 275-278.

injectable qui représente le risque le plus élevé de transmission du VIH et de l'hépatite. La cocaïne est également associée à nombre de cas d'infections imputables aux injections[32].

La cocaïne et le crack (une forme épurée de la cocaïne) sont des stimulants qui produisent un regain temporaire d'énergie en stimulant le système nerveux central. La cocaïne est préparée à partir de feuilles de coca ou peut aussi être produite par synthèse en laboratoire. Elle est en général reniflée ou prisée, fumée ou injectée. Le crack peut être injecté ou fumé (forme épurée).

Les effets recherchés de la cocaïne sont les suivants :

- sentiment de bien-être physique et mental, d'exaltation, d'euphorie;
- regain de vigilance et d'énergie;
- diminution de l'appétit;
- perte de sommeil.

Les effets à court terme de la cocaïne sont notamment les suivants :

- respiration et rythme cardiaque rapides;
- augmentation de la pression artérielle et de la température du corps;
- comportement bizarre, imprévisible et parfois violent.

Les effets de la cocaïne à des doses plus élevées sont notamment les suivants :

- hallucinations;
- volubilité;
- sentiment de puissance et de supériorité;
- état d'agitation, hyperexcitabilité, irritabilité;
- panique;
- pensées paranoïdes.

Des doses excessives de cocaïne peuvent entraîner :

- convulsions et crises épileptiques;

---

[32] Dr Mark Tyndall, directeur de l'épidémiologie, B.C. Centre for Excellence, Université de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

- accidents vasculaires cérébraux;
- hémorragies cérébrales;
- défaillances cardiaques.

Les effets éventuels à long terme de la cocaïne varient selon le mode d'absorption :

- destruction des tissus du nez;
- problèmes respiratoires;
- maladies infectieuses;
- abcès;
- malnutrition;
- psychose paranoïde;
- désorientation, apathie et épuisement confus;
- dépression;
- décès dû à une insuffisance respiratoire pendant « l'effondrement »[33].

La surconsommation chronique de cocaïne mène à la tolérance et peut causer une forte dépendance psychologique. La cocaïne est la deuxième drogue au monde pour laquelle les consommateurs cherchent à se faire traiter[34]. Au Canada, une proportion importante de consommateurs de drogues injectables sont maintenant passés à la cocaïne, ce qui augmente considérablement le risque de séroconversion VIH, d'hépatite C et de mort par surdose. Cela est particulièrement vrai à Vancouver et dans d'autres grands centres urbains[35]. Selon le rapport de 2002 des Nations Unies sur les tendances mondiales des drogues illicites, 70 % de tous les cas de consommation de cocaïne signalés à la fin des années 1990 l'ont été dans les Amériques et quelque 22 % l'ont été en Europe (surtout en Europe occidentale), touchant 13,4 millions de personnes

---

33 Le « rush » de cocaïne prive graduellement le cerveau de sérotonine, de norépinéphrine et de dopamine, des neurotransmetteurs, et bloque leur processus de réabsorption. L'effondrement désigne la période de dépression, d'irritabilité et d'anxiété qui suit le court épisode d'euphorie provoqué par la cocaïne, alors que s'épuisent la sérotonine, la norépinéphrine et la dopamine, des composés chimiques naturels qui procurent une sensation de bien-être. L'effondrement dure tant que le cerveau n'a pas recommencé à produire ces composés chimiques.

34 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 244.

35 Santé Canada, *L'usage de la cocaïne. Recommandations en matière de traitement ou de réadaptation*, préparé pour la Division de la stratégie canadienne antidrogue par G. Ron Norton, Michael Weinrath et Michel Bonin, Université de Winnipeg, 2000, p. 1.

dans le monde[36]. Toutefois, la consommation de cocaïne augmente en Europe et est beaucoup plus répandue que la consommation d'opiacés, quoique ceux-ci constituent toujours la première catégorie de substances pour laquelle les consommateurs cherchent à se faire traiter[37].

b) Héroïne et autres analgésiques opioïdes

> *Au cours des 10 années allant de 1991 à 2000, il y a eu 2 748 décès attribuables aux drogues illicites en Colombie-Britannique. La plupart de ces décès se sont produits à Vancouver. [...] des travaux de recherche inédits portant sur 990 décès survenus au cours de la période de trois ans, de 1997 à 1999, et consignés dans les dossiers des médecins légistes sur les décès attribuables aux drogues illicites en Colombie-Britannique ont permis de constater que les opiacés étaient en cause dans 74 % des cas, tandis que, dans 49 % des cas, la cocaïne était la cause ou une des causes. L'alcool a été un facteur supplémentaire dans 17 % des décès attribuables aux drogues illicites au cours de la même période. La méthadone a été la cause ou une des causes de 17 décès, soit 2 % du nombre total, de 1997 à 1999*[38].

L'héroïne appartient à la famille de l'opium. Il s'agit d'un opiacé semi-synthétique produit par synthèse à partir de la morphine tels l'hydromorphone (Dilaudid) et l'oxycodone (présent dans le Percodan et le Percocet). La méthadone est aussi un opioïde de synthèse couramment utilisé dans le traitement de l'héroïnomanie. L'héroïne peut être injectée, inhalée (chasser le dragon), fumée, reniflée ou prisée. On peut aussi en manger ou s'en injecter une solution dans le rectum au moyen d'un corps de seringue. Les consommateurs d'opiacés sont souvent polytoxicomanes.

Les opiacés ont de nombreux usages médicaux importants, notamment comme médicaments antidouleur (p. ex., morphine, MS-Contin), ou antitussifs (p. ex., codéine). On s'en sert également dans le traitement de la diarrhée et on explore actuellement la possibilité de s'en servir dans le traitement d'entretien de l'héroïnomanie. Il ne faudrait pas interdire l'usage des opioïdes dans le traitement des douleurs aiguës par crainte qu'ils n'entraînent une dépendance. Leur prescription comme médicaments d'ordonnance devrait toujours être fondée sur une évaluation médicale départageant leurs avantages comme antidouleur et leurs autres effets secondaires possibles.

Les effets recherchés des opiacés sont notamment les suivants :

- diminution de la tension, de l'anxiété et de la dépression;
- sentiment d'euphorie, de chaleur, de satisfaction;

---

[36] Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p.244.

[37] *Ibid.*, p. 251.

[38] Dr Mark McLean, médecin associé du Service de santé, Vancouver/Richmond Health Board, témoignage devant le Comité, 4 décembre 2001.

- détachement relaxé par rapport à la souffrance émotive ou physique;
- soulagement de la douleur.

Les effets à court terme des opiacés sont les suivants :

- nausées et vomissements;
- somnolence;
- incapacité de se concentrer;
- apathie;
- diminution de l'activité physique.

La consommation régulière d'opioïdes entraîne une dépendance psychologique et physique et, dans le cas de l'héroïne, le sevrage entraîne des symptômes physiques graves. Les décès par surdose sont fréquents.

> *En ce qui concerne mon expérience à Vancouver, je travaille pour la ville depuis 14 ans, soit depuis 1987, et jusqu'en 1997, j'ai travaillé au centre Carnegie, à l'angle des rues Main et Hastings. Du centre Carnegie, j'avais une excellente perspective d'où observer la véritable catastrophe en santé publique qui fait la triste renommée de notre ville dans le monde entier.*
>
> [...]
>
> *Nous avons vu le coroner en chef, Vince Cain, publier un rapport — en septembre 1994, je crois — où il demandait une intervention immédiate. Cette année-là, près de 400 personnes sont décédées de surdoses en Colombie-Britannique. Nous avons assisté à une détérioration pendant toutes les années 1990. Au centre Carnegie, qui est le centre communautaire du quartier, les enterrements ont été de plus en plus nombreux. À l'époque, il y avait un enterrement toutes les deux semaines pour une victime de surdose*[39].

Les effets éventuels à long terme des opiacés varient selon le mode d'absorption :

- maladies infectieuses;
- constipation;
- abcès;
- problèmes respiratoires;

---

[39] Donald MacPherson, coordonnateur de la politique sur les drogues, Service de planification sociale, ville de Vancouver, témoignage devant le Comité, 4 décembre 2001.

- malnutrition;
- irrégularité menstruelle;
- sédation chronique et apathie, menant à la négligence de soi.

La surconsommation d'opiacés cause des problèmes de santé graves dans le monde comme en témoignent les taux élevés de mortalité et de morbidité. Elle est aussi liée à d'autres problèmes, notamment les troubles mentaux, la dysfonction socioéconomique et la criminalité. À la fin des années 1990, la proportion de consommateurs d'opiacés était évaluée à 0,3 % de la population mondiale âgée de 15 ans et plus. La proportion d'héroïnomanes était évaluée à 0,2 % de la population[40]. Les consommateurs d'opiacés par injection s'exposent particulièrement aux plus grands dangers pour la santé (p. ex., les surdoses) et à des maladies infectieuses pouvant entraîner la mort, telles le VIH, le sida, les hépatites B et C, et la tuberculose. En Europe, 70 % de toutes les demandes de traitement portent sur des opiacés et surtout l'héroïne[41]. Toutefois, la consommation d'héroïne est stable ou diminue dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Aux États-Unis, la consommation d'héroïne aurait été stable en 2000, touchant quelque 0,5 % de la population âgée de 12 ans et plus et représentant 30,3 % de tous les cas admis en thérapie en 1999, excluant l'alcool[42]. Au Canada, entre 60 000 et 100 000 personnes, soit quelque 0,3 % de la population, auraient consommé des opiacés illicites selon des études publiées en 1997-1998[43]. Tous ces chiffres sous-estiment sans doute le nombre de consommateurs d'opiacés car ce segment de la population est largement marginalisé, stigmatisé et difficile à rejoindre lors des grandes enquêtes sur la population.

Au Canada, une étude menée à Toronto en 1996-1998 sur une cohorte de 114 consommateurs d'opiacés illicites non traités a révélé qu'il s'agissait de polytoxicomanes chroniques : alcool (70,2 %), crack/cocaïne (57,9 %), et benzodiazépine (60,5 %). Nombre d'entre eux avaient des problèmes de santé graves (54,4 %), n'avaient pas de domicile fixe (51,8 %), avaient fait plusieurs surdoses dans l'année précédant l'étude (50 %), s'étaient rendus à l'urgence pour un problème de drogue (62,3 %), s'adonnaient à des activités illégales pour toucher un revenu (67,5 %), ont été arrêtés pour une infraction liée à la drogue ou un délit contre la propriété dans l'année précédant l'étude (51,4 %), ou ont été incarcérés (42,1 %)[44].

---

40 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 223-224.

41 *Ibid.*, p. 230.

42 *Ibid.*, p. 241.

43 R. Remis, *et al.*, *Consortium to characterize injection drug users in Canada*, Montréal, Toronto et Vancouver, rapport final, Toronto, 1998 et B. Fischer, et J. Rehm, « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 88, 1997, p. 367-370.

44 B. Fischer, W. Medved, L. Gliksman, et J. Rehm, « Illicit Opiates in Toronto: A Profile of Current Users », *Addiction Research*, 07(05), 1999, p. 377-415.

c) Stimulants de type amphétamine

Les stimulants de type amphétamine constituent une famille de stimulants artificiels qui comprennent des substances communément appelées en anglais « uppers », « bennies » et « pep pills ». La méthamphétamine est un dérivé de l'amphétamine qui, dans la rue, prend les noms anglais de « speed », « crystal », « crank » ou « ice ». Ces substances peuvent être ingérées, reniflées ou injectées. Elles stimulent le système nerveux central.

Les effets recherchés des stimulants de type amphétamine sont semblables à ceux de la cocaïne :

- sentiment de bien-être physique et mental, d'exaltation et d'euphorie;
- regain de vigilance et d'énergie;
- acuité accrue dans les tâches manuelles ou intellectuelles.

Les effets à court terme des stimulants de type amphétamine sont les suivants :

- perte d'appétit;
- respiration haletante;
- augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle;
- augmentation de la température du corps et sudation abondante;
- dilatation de la pupille;
- comportement bizarre, imprévisible et parfois violent.

À fortes doses, les effets des stimulants de type amphétamine sont notamment les suivants :

- hallucinations;
- hyperexcitabilité;
- irritabilité;
- sentiment de puissance et de supériorité;
- panique;
- psychose paranoïde.

Les effets à long terme des stimulants de type amphétamine sont semblables à ceux de la cocaïne et varient selon le mode d'absorption :

- destruction des tissus du nez;
- problèmes respiratoires;
- maladies infectieuses;
- abcès;
- malnutrition;
- désorientation;
- apathie;
- épuisement confus;
- tolérance et forte dépendance psychologique;
- psychose paranoïde;
- dépression.

d) Ecstasy

L'ecstasy et les stimulants de type amphétamine ont des compositions chimiques très voisines. L'effet pharmacologique dominant de l'ecstasy est toutefois un peu différent de celui des amphétamines : il a en outre des effets hallucinogènes. L'ecstasy est produit par synthèse chimique dans des laboratoires illégaux. Il est habituellement ingéré, parfois reniflé, mais rarement injecté.

Les effets recherchés de l'ecstasy sont notamment les suivants :

- capacité accrue de communiquer;
- tendance accrue à sociabiliser et à se rapprocher des autres;
- débordement d'énergie physique et affective.

Les effets à court terme de l'ecstasy sont notamment les suivants :

- état d'agitation;
- augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque;
- sudation;

- nausées et vomissements;
- grincement des dents;
- anxiété, fatigue et, parfois, dépression après avoir arrêté de consommer;
- fortes hallucinations à des doses élevées.

Les effets à long terme d'une consommation régulière et prolongée d'ecstasy sont les mêmes que ceux des autres stimulants de synthèse et peuvent aussi entraîner des modifications chimiques permanentes dans le cerveau et des dommages au foie.

À la fin des années 1990, la proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui consomme des amphétamines a été évaluée à 0,8 % en Amérique du Nord et à 0,5 % en Europe, soit 2,6 millions et 3,3 millions de personnes respectivement. On a évalué à quelque 33 millions le nombre de personnes ayant fait une consommation abusive d'amphétamines, soit 0,8 % de la population mondiale. En moyenne, quelque 10 % des demandes de traitement à l'échelle mondiale étaient associées aux amphétamines[45]. Dans le cas de l'ecstasy, la proportion de la population mondiale utilisant cette substance a été évaluée, à la fin des années 1990, à 0,2 % (7 millions de personnes). La consommation en Europe occidentale et en Amérique du Nord représente près de 85 % de la consommation mondiale[46]. À la fin des années 1990, en Europe, c'est en Irlande et au Royaume-Uni que la plus forte prévalence annuelle de la consommation d'ecstasy en pourcentage de la population de 15 ans et plus a été observée, soit 2,4 % et 1,6 % des populations respectives. Au Canada, en 2000, la prévalence annuelle de la consommation d'ecstasy a été de 1,5 % de la population âgée de 15 ans et plus[47]. Aux États-Unis, chez les élèves du secondaire (8^{e}, 10^{e} et 12^{e} années), le taux de prévalence annuelle de la consommation d'ecstasy a augmenté de façon appréciable, passant de 3,8 % en 1996 à 6,3 % en 2001. En Ontario, ce taux chez les élèves du secondaire (âgés de 13 à 18 ans) a aussi augmenté, passant de 0,6 % en 1993 à 6 % en 2001[48].

e) Hallucinogènes

Le terme hallucinogène, du latin « hallucinare » signifiant « rêver, avoir l'esprit vagabond », sert à qualifier toute substance qui peut entraîner une déformation de la réalité et des hallucinations. Le LSD, la PCP, la mescaline et la psilocybine (champignons magiques) sont des hallucinogènes qui peuvent être fumés, ingérés, reniflés ou prisés selon la substance.

---

45 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 260.

46 *Ibid.*, p. 265.

47 *Ibid.*, p. 267-268.

48 *Ibid.*, p. 269-270.

Les effets recherchés des hallucinogènes sont notamment les suivants :

- altération de la pensée, de l'humeur et de la perception des sens;
- « expansion de l'esprit »;
- expériences extrasensorielles;
- empathie;
- capacité accrue de communiquer;
- capacité accrue de sociabiliser.

Les effets à court terme des hallucinogènes sont les suivants :

- perception faussée de la profondeur et du temps, des dimensions et de la forme des objets;
- perception faussée de mouvement d'objets fixes;
- intensification de la perception sensorielle;
- risque accru de blessures dues à de telles déformations de la réalité.

Certains effets désagrables peuvent être provoqués par les hallucinogènes :

- anxiété;
- dépression;
- vertiges;
- désorientation;
- paranoïa.

Certains effets physiques peuvent être provoqués par les hallucinogènes :

- nausées et vomissements;
- sudation abondante;
- accélération du rythme cardiaque;
- convulsions (rare).

Des images d'une expérience de consommation antérieure peuvent surgir, sans qu'on consomme la substance, des jours, des semaines, voire des mois après avoir absorbé la dernière dose, ce qui peut entraîner un sentiment de désorientation, d'anxiété et de détresse. Certains consommateurs chroniques d'hallucinogènes peuvent présenter des symptômes de dépendance psychologique — mais aucun symptôme de dépendance physique n'a encore été observé.

Il existe très peu de données sur l'usage des hallucinogènes dans le monde. Au Canada, l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues de 1994 ne comportait pas de questions précises sur les hallucinogènes. À peine 1 % des répondants ont déclaré avoir fait usage de LSD, de speed ou d'héroïne. Toutefois, des enquêtes menées auprès d'élèves révèlent que la consommation d'hallucinogènes chez les jeunes est beaucoup plus importante. Ainsi, dans le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (Ontario Student Drug Use Survey), 11,4 % des élèves (7^{e} année CPO/cours préuniversitaire de l'Ontario) ont déclaré en 2001 avoir pris des hallucinogènes au cours des 12 mois précédents[49]. Selon une enquête semblable menée au Québec auprès d'élèves du secondaire, 15,6 % des élèves ont fait la même déclaration en 2000[50].

f) Cannabis

> *Pour ce qui est du cannabis proprement dit, et de la possession simple de cannabis en particulier, 21 000 personnes ont été inculpées de cette infraction en 1999. Cela représente une augmentation de 11 p. 100 par rapport à 1995. Dans l'ensemble du Canada, on constate que les courbes d'inculpation varient sensiblement d'un corps policier à l'autre, passant d'un plancher de 25 personnes par 100 000 habitants pour possession simple de cannabis à Vancouver en 1998, à un sommet de 210 par 100 000 habitants à Thunder Bay*[51].

Le mot cannabis désigne en particulier le sommet en fleur ou en fruit du plant de cannabis, *Cannabis sativa* (chanvre cultivé, en latin). Le terme cannabis est aussi le générique le plus répandu pour désigner diverses préparations obtenues à partir du plant de cannabis : marijuana, haschisch et huile de haschisch. Le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) est le principal agent psychoactif contenu dans les produits du cannabis. Le cannabis agit sur des récepteurs précis du cerveau. La substance est en général fumée ou ingérée (sous la forme d'aliment ou de tisane).

---

[49] Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Drug Use Among Ontario Students 1977-2001*, 2001, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.camh.net/research/pdfs/osdus2001_DrugReport.pdf.

[50] Institut de la statistique du Québec, L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*, Vol. 2, 2002, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/RapAlcool_a.pdf.

[51] Croft Michaelson, directeur et avocat général principal, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, ministère de la Justice, témoignage devant le Comité, 1er octobre 2001.

Des recherches et des cas isolés récents indiquent que le cannabis pourrait avoir des usages thérapeutiques : soulagement de la douleur, soulagement des nausées et vomissements causés par la chimiothérapie, stimulation de l'appétit et soulagement du syndrome cachectique dû au sida, diminution de la pression intraoculaire causée par le glaucome, diminution des spasmes musculaires causés par l'épilepsie généralisée et soulagement de l'hypertonie spastique causée par la sclérose en plaques. Le Bureau de l'accès médical au cannabis de Santé Canada offre un soutien financier direct pour les essais cliniques sur la sécurité et l'efficacité de la marijuana, tant fumée que non fumée, et des cannabinoïdes à des fins médicales. Le plan quinquennal de recherche établi en 2001 permettra de mieux connaître les usages thérapeutiques des cannabinoïdes.

Les effets recherchés du cannabis sont les suivants :

- sentiment de bien-être, d'euphorie et de relaxation;
- expériences sensorielles plus intenses.

Les effets à court terme du cannabis sont les suivants :

- appétit plus grand;
- pouls plus rapide;
- perte de capacité intellectuelle et psychomotrice;
- volubilité;
- altération des sens (perception plus aiguë des couleurs et des sons);
- distorsion du temps.

À très fortes doses, les effets du cannabis peuvent être semblables à ceux des hallucinogènes. Une consommation régulière et abondante de cannabis peut mener à la tolérance et causer à long terme une dépendance.

Les effets à long terme du cannabis sont notamment les suivants :

- perte de motivation et d'intérêt pour une activité soutenue;
- risque de cancer du poumon, de bronchite chronique et d'autres maladies respiratoires quand le cannabis est fumé.

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde; 3,5 % de la population mondiale a déclaré en faire usage à la fin des années 1990. La demande de traitement est beaucoup plus faible pour le cannabis que pour les opiacés ou la cocaïne, mais elle est loin d'être négligeable. En moyenne, 15 % de toutes les demandes de traitement dans le monde découlent d'un problème de consommation du cannabis, et

ce pourcentage s'accroît à mesure que les niveaux de consommation augmentent et que du cannabis à plus forte teneur en THC est offert sur le marché. À la fin des années 1990, la prévalence de la consommation de cannabis dans la population en général était de 6,6 % en Amérique du Nord et de 4,9 % en Europe, ce qui correspond à des populations respectives de 20,4 millions et 31,1 millions de personnes[52].

3. CONSTATIONS DU COMITÉ — CONSOMMATION ET USAGE NOCIF DE SUBSTANCES

Le Comité en arrive aux constatations suivantes :

- √ *Au Canada, le manque alarmant d'information sur l'ampleur de la consommation et de l'usage nocif de substances, sur les tendances et les surdoses, entrave l'élaboration d'une stratégie antidrogue efficace.*

- √ *L'usage nocif de substances et la dépendance sont des maladies chroniques et récurrentes nécessitant des stratégies en santé publique. L'approche qui s'impose doit être axée sur la santé, s'appliquer à toutes les substances en usage à l'heure actuelle et pouvoir s'appliquer aux substances qui ne sont pas encore produites.*

- √ *L'usage nocif de substances n'est pas limité à la consommation de substances illicites. L'usage nocif du tabac, de l'alcool, d'inhalants, de médicaments d'ordonnance et de médicaments vendus sans ordonnance est aussi très répandu et inquiète sérieusement le Comité et de nombreux Canadiens.*

- √ *La consommation de substances varie d'une région à l'autre du pays, mais l'usage nocif de substances entraîne des coûts sociaux, économiques et sanitaires énormes, et a un effet dévastateur sur les personnes, les familles et la collectivité.*

- √ *Les tendances en matière de consommation de substances sont alarmantes : on commence de plus en plus jeune à consommer; de nouvelles drogues de synthèse envahissent régulièrement le marché; les jeunes consomment de plus en plus.*

- √ *Le fait qu'une substance soit licite ou illicite influe peu sur la consommation.*

- √ *Il est renversant de constater qu'en 2001, près des trois quarts de toutes les infractions liées aux drogues avaient trait au cannabis.*

---

52 Nations Unies, Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Tendances mondiales des drogues illicites 2002*, New York, 2002, p. 254.

- √ *La tragédie sociale et humaine qui résulte de l'usage nocif de substances et les liens avec la prostitution et l'exploitation de groupes vulnérables de la société sont parmi les questions les plus troublantes qui ont retenu l'attention du Comité.*

- √ *Les taux élevés de mortalité et morbidité chez les utilisateurs de drogues injectables sont troublants.*

- √ *Il faut déployer de grands efforts pour éviter que le Canada ne subisse à son tour les ravages et les coûts sociaux qu'engendrent la consommation et l'usage nocif de substances ailleurs dans le monde. La prise immédiate de mesures proactives garantira un avenir plus prometteur.*

- √ *On ne peut fermer les yeux sur l'incidence de la consommation de plus en plus répandue de substances, sur la société canadienne. Ce problème concerne l'ensemble des citoyens. Tous les gouvernements et le secteur privé doivent multiplier leurs efforts pour réduire la consommation de substances et préserver ainsi la santé et la sécurité des Canadiens.*

CHAPITRE 3 : LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

> *... la stratégie antidrogue du Canada a pris fin en 1997. À mon avis, depuis cette époque, en ce qui concerne l'utilisation de drogues à des fins non médicales, on constate une absence de leadership. Même si le gouvernement fédéral ne s'est pas entièrement retiré de ce dossier, il a quand même supprimé le cadre national et complet qui avait permis d'unir des partenaires des divers paliers de gouvernement afin de remédier aux problèmes pressants que posent les toxicomanies sur le plan social, économique et sanitaire. Au sein de l'administration fédérale aujourd'hui, il n'y a pas de maître d'œuvre visible pour mener vigoureusement le dossier lié à l'utilisation de drogues à des fins non médicales. Cette situation est scandaleuse. Si l'on veut stimuler la recherche et la politique gouvernementale en matière de toxicomanie, il faut une stratégie coordonnée faisant intervenir des secteurs multiples, notamment la santé, le maintien de l'ordre, la magistrature et la recherche*[53].

> *L'important, c'est de reconnaître qu'il n'est pas nécessaire d'être motivé par la compassion pour investir dans la toxicomanie. On doit tout simplement penser à la prospérité du pays. Les coûts pour la société des toxicomanies non traitées sont beaucoup plus élevés que les coûts de la plupart des autres questions de santé, qui affectent surtout l'individu. Les toxicomanies, de par leur nature, touchent non seulement l'individu, mais le milieu, l'école, et toutes les composantes de la société. Il est tout simplement trop coûteux pour la société de laisser ce problème échapper à notre emprise*[54].

Le présent chapitre donne un aperçu historique de la Stratégie canadienne antidrogue depuis son adoption en 1987. Les renseignements sur les deux premières phases de la stratégie antidrogue, soit pour la période de 1987 à 1997, proviennent de différents documents. Le Comité a concentré ses efforts sur l'étude et l'évaluation de la phase actuelle de la Stratégie canadienne antidrogue, c'est-à-dire la phase III qui s'étend de 1997 à 2002.

1. APERÇU HISTORIQUE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

a) Phase I : 1987 à 1992

Le 25 mai 1987, le Canada lançait une stratégie antidrogue quinquennale[55] pour donner suite aux préoccupations relatives à l'abus de substances exprimées en 1986 par le premier ministre d'alors, Brian Mulroney. Ce dernier avait déclaré que l'abus de

---

53 Cameron Wild, Centre for Health Promotion Studies, Université de l'Alberta, témoignage devant le Comité, 21 mai 2002.

54 Patrick Smith, vice-président, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, témoignage devant le Comité, 29 août 2002.

55 La stratégie avait pour nom *Stratégie nationale antidrogue : Action contre les drogues*.

drogues avait pris les proportions d'une épidémie qui menaçait le tissu social et l'économie du Canada[56]. Le gouvernement du Canada a injecté de nouveaux fonds à hauteur de 210 millions de dollars pour appuyer la nouvelle stratégie, dont 77 % environ devaient être consacrés à des mesures axées sur la réduction de la demande, notamment par l'éducation, la prévention, le traitement et la réadaptation. On voulait, ce faisant, adopter une approche plus équilibrée, car, à l'époque, de grands efforts étaient mis en œuvre à l'échelle provinciale, territoriale et communautaire pour réduire la demande de drogues. Les efforts fédéraux étaient alors presque entièrement consacrés à la restriction de l'offre au moyen d'activités axées sur l'application de la loi, la répression du trafic et le contrôle[57].

La Stratégie nationale antidrogue (SNA) préconisait une intervention simultanée et concertée dans six domaines : éducation et prévention; application de la loi et contrôle; traitement et réadaptation; information et recherche; perspective nationale; coopération internationale[58]. Reconnaissant que l'abus de substances est avant tout une question de santé, le gouvernement a confié la responsabilité de la Stratégie au ministre de la Santé.

La première phase de mise en œuvre de la Stratégie nationale antidrogue a débouché sur la création d'un organisme de surveillance unique en son genre, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). En dehors de Santé Canada, le CCLAT est l'organisme national chargé du dossier de la toxicomanie au Canada. Il a été créé par une loi du Parlement en 1988 à la suite d'une proposition du Groupe de travail sur les perspectives nationales[59] et de la réponse du gouvernement à un rapport du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social, intitulé *Boisson, pilules et drogue : comment diminuer leur consommation au Canada* (1987). Le CCLAT devait jouer, aux côtés du gouvernement fédéral, un rôle de premier plan à titre d'organisme national non gouvernemental autonome ayant pour mandat de donner une perspective nationale aux efforts axés sur la réduction des méfaits pour la santé, la société et l'économie, attribuables à l'abus de substances et aux toxicomanies. Le CCLAT a été placé sous la responsabilité du ministre de la Santé, dont il continue à relever aujourd'hui. La *Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies*[60] confie au CCLAT cinq domaines de responsabilité :

---

56 P. Erickson, « Recent Trends in Canadian Drug Policy: The Decline and Resurgence of Prohibitionism », *Daedalus*, 121.3, 1992, p. 248.

57 Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue — Phase II — Situation actuelle. Relevons le défi*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994, p. 6.

58 Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale antidrogue : Action contre les drogues*, 1988.

59 « En octobre 1987, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a mis sur pied un groupe de travail qui devait examiner comment faire profiter tous les Canadiens des programmes spéciaux d'excellence et de l'expérience acquise par les organismes fédéraux, provinciaux et non gouvernementaux au regard des préoccupations nationales et internationales du Canada en matière d'alcool et de drogues. » Le Groupe de travail sur les perspectives nationales, dirigé par David Archibald, président du Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies et fondateur de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, a publié son rapport le 16 février 1988.

60 L.R., 1985, ch. 49 (4e Supplément), accessible en ligne à l'adresse suivante : lois.justice.gc.ca.

- encouragement et appui à la consultation et à la coopération entre les pouvoirs publics, les organismes bénévoles, les entreprises et les organisations patronales, syndicales et professionnelles concernés, en ce qui a trait à l'alcoolisme et la toxicomanie;

- contribution à l'échange fructueux d'information sur l'alcoolisme et la toxicomanie;

- contribution, directe ou indirecte, à la mise au point et à la mise en œuvre d'un corpus de connaissances, notamment spécialisées, en matière d'alcoolisme et de toxicomanie;

- encouragement et aide à l'élaboration de politiques et de programmes réalistes et efficaces visant à réduire les dommages causés par l'alcoolisme et la toxicomanie;

- information accrue des Canadiens sur la nature et la portée de la lutte entreprise au niveau international contre l'alcoolisme et la toxicomanie, et soutien de la participation canadienne à cette lutte.

b) Phase II : 1992 à 1997

En mars 1992, le Cabinet a renouvelé son engagement et amorcé une deuxième phase de la stratégie, intitulée *Stratégie canadienne antidrogue* (SCA), qui regroupait sous une même initiative la *Stratégie nationale visant à réduire la conduite avec facultés affaiblies* et la *Stratégie nationale antidrogue*. La phase II visait les objectifs suivants :

- améliorer la coordination à l'échelle nationale, provinciale et territoriale et communautaire;

- enrichir les connaissances sur lesquelles sont fondées les décisions touchant les programmes et les politiques;

- cibler les ressources sur les populations très exposées à la toxicomanie (les jeunes marginaux, les Autochtones, les femmes, les personnes âgées et les personnes coupables de CFA[61]);

- attribuer des ressources supplémentaires aux activités et aux programmes fédéraux touchant la toxicomanie[62].

Pour ce qui est de l'application de la loi, une attention accrue devait être accordée à l'application des mesures législatives se rapportant aux produits de la criminalité. En raison de ce léger changement d'orientation à la phase II de la stratégie, 60 % plutôt que

---

61 CFA veut dire conduite avec facultés affaiblies.

62 Santé Canada, *Évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue — Rapport final*, juin 1997, p. 1.

70 % des ressources devaient être allouées à la réduction de la demande et 40 % à la restriction de l'offre. Le financement total pour cette deuxième phase a été fixé à 270 millions de dollars sur cinq ans. Il était assorti d'une condition exigeant que la stratégie fasse l'objet d'une évaluation. Cependant, Santé Canada estime que seulement 104,4 millions de dollars environ ont été consacrés à la phase II de la Stratégie canadienne antidrogue au cours de cette période de cinq ans, en raison des compressions budgétaires liées au financement global des ministères fédéraux[63]. La phase II devait être coordonnée par un secrétariat nouvellement créé (1991), le *Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue*, logé à Santé Canada.

c) Phase III : 1997 à 2002

En 1998, le gouvernement a réaffirmé les principes d'une stratégie nationale antidrogue, mais les fonds ont été réduits considérablement une fois de plus. Un document publié en 1998, la *Stratégie canadienne antidrogue*, définit les principes de base, les buts, les objectifs et les composantes de la stratégie, ainsi que les orientations et les priorités que le gouvernement fédéral entendait se fixer pour régler les problèmes liés à la consommation et à l'abus d'alcool et d'autres drogues, licites et illicites. Un comité composé de représentants de 11 ministères fédéraux et d'un certain nombre de partenaires non fédéraux a rédigé le document de la Stratégie canadienne antidrogue.

Le principe le plus important sur lequel la Stratégie repose veut que la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues soit d'abord et avant tout une question de santé. Cet important principe souligne le fait qu'il faut tenir compte des déterminants de la santé et de facteurs sous-jacents, y compris le logement, l'emploi, l'isolement social et l'éducation, lorsqu'on veut s'attaquer aux problèmes liés à l'abus de substances. D'après la directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées qui a témoigné devant le Comité, l'approche préconisée par la Stratégie canadienne antidrogue suppose une intervention fondée sur quatre piliers : l'application de la loi et le contrôle, la prévention, le traitement et la réadaptation, ainsi que la réduction des méfaits[64]. Le but à long terme de la Stratégie est « de réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues chez les individus, les familles et les communautés[65] ». La réduction des méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues doit se faire en se concentrant sur cinq buts et sur des objectifs qui en découlent :

---

63 Entre 1995 et 1997, le gouvernement fédéral a procédé à l'examen des programmes annoncé dans le budget de 1995. Cet examen a entraîné d'importantes diminutions de fonds (au total, 9,8 milliards de dollars) pour la plupart des ministères fédéraux.

64 Jody Gomber, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

65 Gouvernement du Canada, *La Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, 1998, p. 5.

- **Réduire la demande de drogue**
  - Accroître la compréhension des risques associés à l'usage de drogues illicites (en particulier chez les jeunes) en mettant l'accent sur l'usage de « drogues dures » comme la cocaïne, le LSD, les amphétamines et l'héroïne.

- **Réduire la mortalité et la morbidité liées à la drogue**
  - Réduire la consommation à haut risque de l'alcool et d'autres drogues, y compris l'usage abusif de substances inhalées, de médicaments et de drogues visant à améliorer la performance dans les sports.

- **Améliorer l'efficacité et la disponibilité des renseignements sur l'alcool et les autres drogues ainsi que des interventions**
  - Trouver et promouvoir des pratiques efficaces dans les domaines de la prévention, de la sensibilisation, du traitement et de la réadaptation.

- **Réduire le stock de drogues illicites ainsi que la rentabilité du trafic des drogues illicites**
  - Réduire les importations illégales de drogues illicites.
  - Réduire l'offre déclarée de drogues illicites en vente dans la rue.
  - Réduire la capacité des personnes s'occupant de l'approvisionnement et du trafic des drogues de se servir des profits de leurs activités illégales.

- **Réduire les coûts de l'abus de l'alcool et des autres drogues pour la société canadienne**[66]

Pour atteindre ces buts et objectifs, sept composantes ont été retenues et servent de cadre à la Stratégie canadienne antidrogue :

- Développement de la recherche et des connaissances;
- Diffusion des connaissances;
- Programmes de prévention;
- Traitement et réadaptation;
- Lois, application [de la loi] et contrôle;

---

[66] Les buts et objectifs sont tirés, pour l'essentiel, de *La Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, Gouvernement du Canada, 1998, p. 5-6.

- Coordination nationale;

- Coopération internationale.

Santé Canada est le ministère responsable de la Stratégie canadienne antidrogue. Pour coordonner la stratégie, Santé Canada préside le Comité directeur des sous-ministres adjoints sur l'alcool et les autres drogues et certains comités interministériels, notamment le Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues. La coordination est essentielle à la réussite d'une stratégie fédérale antidrogue étant donné que de nombreux partenaires collaborent à la Stratégie canadienne antidrogue, y compris les suivants : 14 ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organismes d'application de la loi et de lutte contre la toxicomanie, ainsi que des organismes non gouvernementaux. Le site Web de Santé Canada mentionne les ministères ou organismes fédéraux suivants : Solliciteur général, Affaires étrangères et Commerce international, Finances, Patrimoine canadien, Justice, Agence des douanes et du revenu du Canada, Transports, Développement des ressources humaines, Condition féminine, Affaires indiennes et du Nord, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Conseil du Trésor du Canada, Bureau du Conseil privé. Cependant, quelques-uns d'entre eux seulement administrent des programmes axés en particulier sur les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

La Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC), à Santé Canada, regroupe le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, le Bureau des substances contrôlées, le Bureau de l'accès médical au cannabis et le Service d'analyse des drogues, qui se partagent la responsabilité du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées. La DGSESC est également responsable de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme.

Le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue[67] (BSCA) est responsable de :

- la collaboration avec d'autres ministères, gouvernements et organismes spécialisés en siégeant aux comités fédéraux-provinciaux-territoriaux, aux comités consultatifs et aux réunions interministérielles;

- la recherche, l'analyse et la diffusion d'informations de pointe concernant les abus d'alcool et d'autres substances, notamment les meilleures pratiques en matière de prévention, de traitement et de réadaptation;

- la collaboration avec des organismes multilatéraux tels que le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, et avec d'autres pays pour s'attaquer au problème de la drogue à l'échelle mondiale;

---

[67] L'information sur les bureaux qui administrent le Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées provient du site Web du Programme, qui se trouve à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/hecs/dasc.htm.

- la gestion du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes, un programme à frais partagés auquel participent les provinces et les territoires.

Le Bureau des substances contrôlées veille à ce que les drogues et les substances contrôlées ne soient pas utilisées à des fins illicites. Le Bureau de l'accès médical au cannabis coordonne l'élaboration du *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales* et administre le règlement. Le Service d'analyse des drogues fournit des services d'expertise et d'analyse de drogues aux organismes d'application de la loi en analysant le contenu et en déterminant la quantité des drogues illicites saisies par les autorités policières de même qu'en aidant à la conduite des enquêtes et au démantèlement des laboratoires clandestins[68].

Plusieurs autres directions générales de Santé Canada s'intéressent d'une façon ou d'une autre à la consommation et à l'usage nocif de substances. La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique s'occupe de différentes questions de santé publique ayant un rapport avec la consommation d'alcool et de drogues, comme le VIH/sida, l'hépatite C, la santé mentale, le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF)[69], la consommation de médicaments et d'alcool par les personnes âgées, la prévention de la violence familiale, de même que la sécurité et le développement sain des enfants et des jeunes.

Étant donné que le gouvernement fédéral est le principal fournisseur de soins de santé aux Premières nations et aux Inuits, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Santé Canada, finance des services de traitement pour les Autochtones vivant dans des réserves et les Inuits, par l'intermédiaire du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

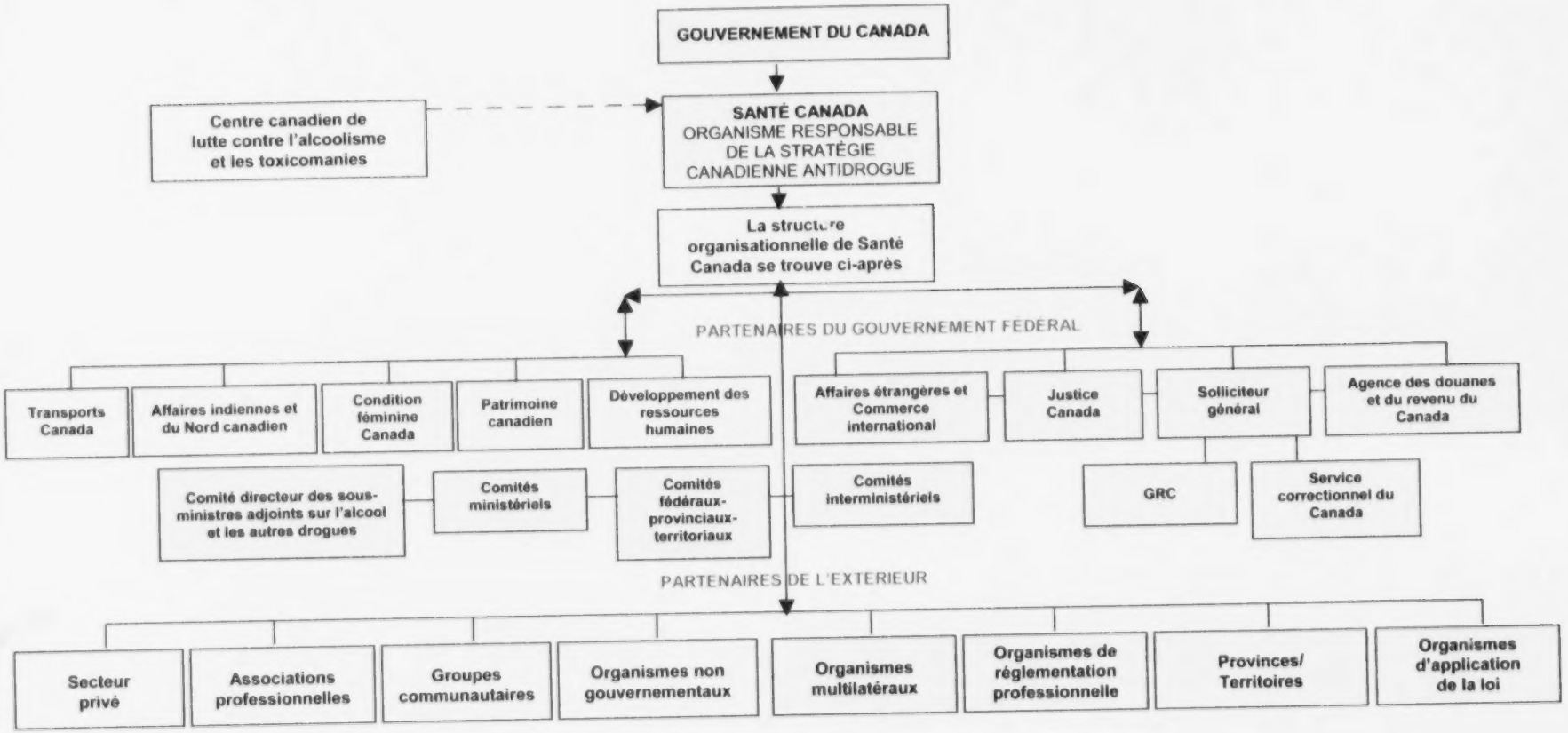
---

[68] *Ibid.*

[69] Le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF) sont des termes utilisés pour décrire un diagnostic médical ou une cause possible d'un handicap associé à la consommation d'alcool durant la grossesse, qui a souvent pour résultat des déficiences permanentes.

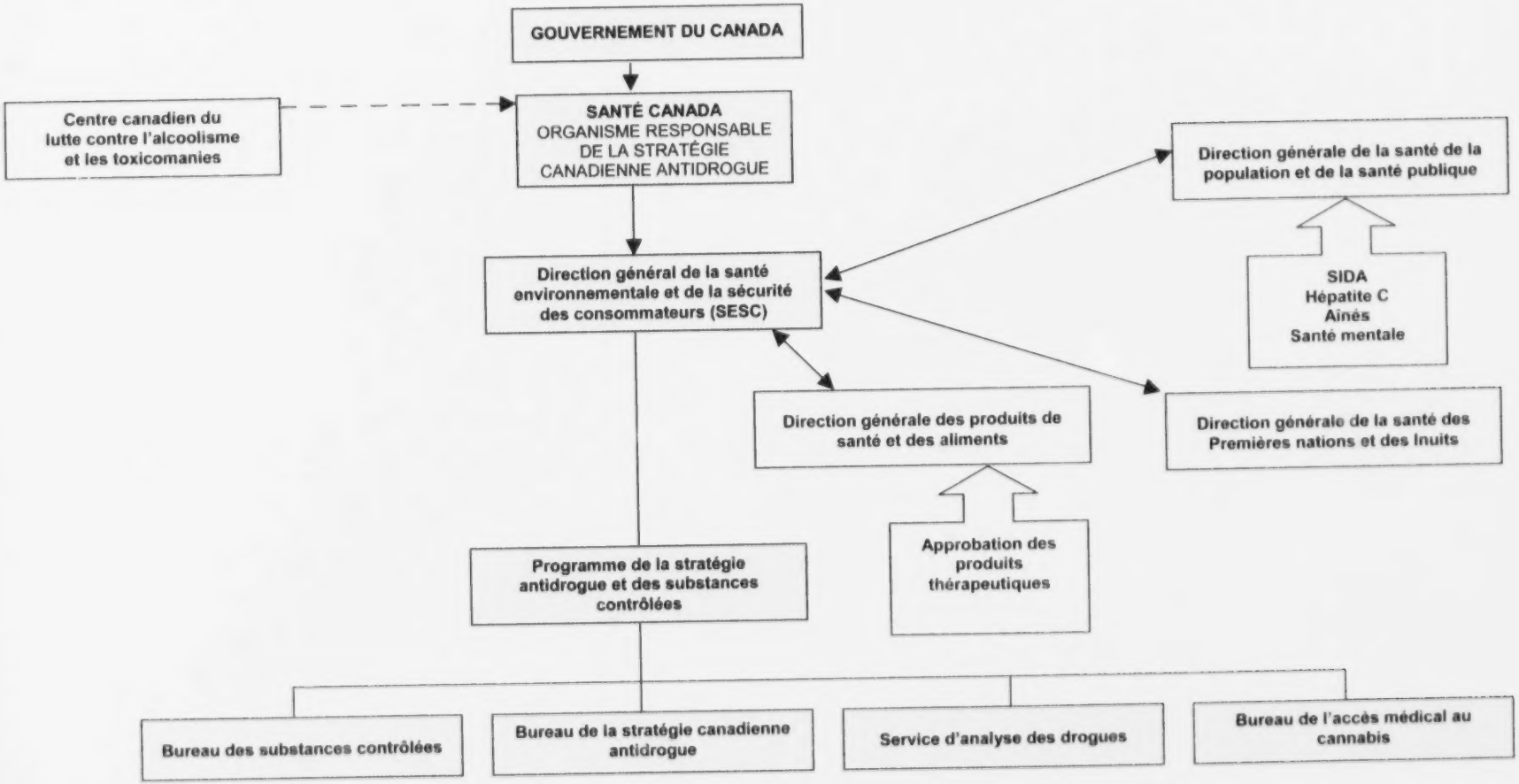
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ACTUELLE

STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE



STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ACTUELLE

STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE — SANTÉ CANADA



Santé Canada fait état des dépenses courantes suivantes à l'égard du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées[70] :

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET DE LA SÉCURITÉ DES CONSOMMATEURS
Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées :

Administration des règlements, exception faite du RAMF[71]	5	millions de dollars
Accès médical au cannabis	5	millions de dollars
Services d'analyse des drogues	4.5	millions de dollars
Politique, recherche et affaires internationales	4	millions de dollars
Traitement et réadaptation, alcoolisme et toxicomanie[72]	14	millions de dollars
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	1.5	millions de dollars
Sous-total	**34**	**millions de dollars**
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (alcool, solvants)	70	millions de dollars
Total	**104**	**millions de dollars**

Les dépenses susmentionnées correspondent essentiellement aux sommes que Santé Canada, l'organisme responsable de la Stratégie canadienne antidrogue, consacre au Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies de même qu'aux programmes offerts par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Il apparaît clairement au Comité que les dépenses de Santé Canada traduisent d'importantes coupures budgétaires à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue depuis sa création en 1987. Le Comité estime en outre que les coûts pour la société et la santé associés à l'usage nocif de substances n'ont pas diminué au cours de cette période; au contraire, ils ont augmenté considérablement.

D'après le *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, 11 ministères et organismes à l'échelle fédérale s'intéressent de près à la Stratégie canadienne antidrogue et « consacrent annuellement près de 500 millions de dollars au problème de

---

70 Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

71 Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales.

72 Santé Canada verse 14 millions de dollars aux provinces et aux territoires dans le cadre d'une initiative à frais partagés visant à élargir les programmes novateurs et efficaces de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes.

l'utilisation des drogues illicites au Canada[73] ». Selon les estimations, 95 % de ces dépenses serviraient à restreindre l'offre (application de la loi ou répression du trafic de drogue) grâce au travail effectué par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), le Service correctionnel du Canada et le ministère de la Justice[74]. Toutefois, la stratégie est censée refléter l'équilibre entre la réduction de l'approvisionnement en drogue et la réduction de la demande[75]. De nombreux témoins entendus par le Comité ont soutenu que la Strategie canadienne antidrogue a été axée essentiellement sur des activités de restriction de l'offre, au détriment des mesures de réduction de la demande. Les ministères fédéraux qui ont témoigné devant le Comité ont été incapables de lui donner des détails sur l'affectation des fonds consacrés à la Stratégie ou de cerner clairement les résultats de cet investissement. Voici, selon la vérificatrice générale, le montant estimatif des dépenses fédérales engagées dans la lutte contre les drogues illicites en 1999-2000.

---

[73] Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001, p. 2.

[74] *Ibid.*, p. 19.

[75] Gouvernement du Canada. *La Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, 1998, p. 1.

ESTIMATION DES DÉPENSES FÉDÉRALES CONSACRÉES À LA LUTTE CONTRE LES DROGUES ILLICITES EN 1999-2000[76]

Ministère ou organisme	Activités	Estimation des dépenses en 1999-2000 (en millions de dollars)		
		Restriction de l'offre	Réduction de la demande	Total
Agence des douanes et du revenu du Canada	Intercepte les drogues illicites et les narcotrafiquants à la frontière canadienne[1].	de 14 à 36	-	-
	Administre le Programme spécial d'exécution qui cible les personnes tirant des profits d'activités illégales[2].	(4)		de 10 à 32
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	Favorise la sensibilisation aux drogues, la réduction des méfaits, l'efficacité des programmes ainsi que l'élaboration et l'échange d'information.	-	1	1
Commission nationale des libérations conditionnelles	Prend des décisions en matière de libération conditionnelle à l'égard des délinquants condamnés pour des infractions graves liées aux drogues.	4	-	4
Gendarmerie royale du Canada (Services de police fédérale)	Concentre ses activités sur les cas de trafic et d'importation à grande échelle impliquant le crime organisé, sur la saisie des biens découlant des produits de la criminalité et sur les services de renseignement spécialisés comme la surveillance physique et électronique. Participe aux opérations conjointes à la fois ponctuelles et permanentes.	164	-	-
	Gère des programmes de sensibilisation aux drogues.	-	4	168
Instituts de recherche en santé du Canada	Finance les projets de recherche sur les toxicomanies.	-	1	1
Ministère de la Justice	Intente des poursuites pour des infractions liées aux drogues.	56	-	-
	Fournit de l'aide juridique et des contributions aux provinces et territoires pour les services de justice aux mineurs (pour les affaires de drogue).	14	-	-
	Exécute des projets (par l'intermédiaire de son Conseil national de prévention du crime) axés sur l'abus d'alcool et de drogues.	-	1	71
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international	Gère les activités internationales du Canada en matière de drogue, y compris les contributions au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues et à la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues.	1	1	2

[76] Tableau tiré du *Rapport de la vérificatrice générale du Canada* de 2001, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, Bureau du vérificateur général du Canada, 2001, p. 16-17.

Santé Canada	Offre à la police des services de laboratoire pour analyser les drogues saisies.	5	-	-
	Administre les lois qui contrôlent l'usage des drogues, y compris les responsabilités relatives aux permis d'importation-exportation.	2	-	-
	Verse des contributions dans le cadre du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes (PTRAT) de 15,5 millions de dollars. Notre estimation de la portion relative aux drogues illicites se chiffre à 7 millions de dollars.	-	7	-
	Coordonne la Stratégie canadienne antidrogue et gère le PTRAT.	-	1	15
Service correctionnel Canada	S'occupe des délinquants qui purgent des peines en totalité ou en partie pour des infractions liées aux drogues[3].	154	-	-
	Gère les programmes de lutte contre les toxicomanies (y compris l'alcoolisme).	-	8	-
	Gère les programmes de traitement (p. ex., méthadone).	-	4	-
	Effectue des analyses d'urine.	3	-	-
	Applique des mesures de sécurité pour réduire l'offre dans les établissements.	inconnue	-	169
Solliciteur général Canada	Administre les politiques, effectue des recherches et coordonne les activités d'application de la loi.	1	-	1
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada	Gère les biens saisis par les services policiers et distribue les sommes résiduelles après la réalisation des biens[4].	(10)	-	(10)
Total		**de 404 à 426**	**28**	**de 432 à 454**

[1] Étant donné que le travail de répression du trafic des drogues de l'Agence est étroitement intégré à ses autres activités, l'estimation est présentée comme une fourchette probable à l'intérieur de laquelle s'inscrit le coût de la lutte contre le trafic des drogues. Cela représente entre 4 p. 100 et 8 p. 100 de ses dépenses de 1999-2000, qui totalisent 464 millions de dollars.

[2] Le montant indiqué correspond aux impôts et amendes imposés après déduction des coûts d'enquête.

[3] Cette estimation couvre tous les aspects associés aux délinquants incarcérés pour une infraction liée aux drogues et sous surveillance dans la collectivité, y compris les coûts directs et indirects.

[4] Le montant indiqué correspond à la part de revenu du gouvernement fédéral généré par la réalisation des biens saisis dans le cadre du commerce de la drogue après déduction des coûts engagés par le Ministère pour gérer ces biens. Le total de la part de revenu du gouvernement fédéral après déduction des coûts s'élevait à 10 millions de dollars. Les coûts d'enquête de la GRC et de poursuite du ministère de la Justice, qui totalisent plus de 40 millions de dollars par année, ne sont pas inclus dans ce chiffre.

2. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE I (1987-1992)

La phase I de la Stratégie nationale antidrogue (SNA) n'a fait l'objet d'aucune évaluation comme telle. Néanmoins, un examen de documents officiels nous a permis de constater certaines réalisations :

- Une campagne de sensibilisation publique et d'information, « Really me! »/« Drogues pas besoin », a été lancée en juin 1987. On a utilisé une approche multimédia pour joindre les jeunes et leurs parents. Les progrès de la campagne ont été mesurés à l'aide d'une série de sondages qui ont révélé un excellent taux de notoriété auprès du public cible. « Les publics cibles ont été atteints avec des messages adéquats et efficaces, messages qu'ils arrivaient à identifier et auxquels ils se montraient réceptifs[77].»

- Le Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes (PTRAT), une initiative à frais partagés en vertu de laquelle le gouvernement fédéral verse des contributions aux provinces pour les dépenses provinciales directes liées à l'alcool et aux drogues, a été élaboré et mis en œuvre au cours de la première phase de la stratégie (1988-1989). La contribution fédérale maximale a été fixée à 20 millions de dollars par année, les provinces s'engageant à verser une contribution de contrepartie[78]. Le PTRAT existe toujours.

- Un programme national de recherche de 6,6 millions de dollars « conçu pour favoriser et appuyer la recherche sur les facteurs qui contribuent à l'abus d'alcool et de drogues, et l'évaluation de programmes novateurs axés sur la prévention et le traitement des abus[79] » a été élaboré au début de la phase I de la stratégie. Au 31 mars 1992, plus de 4,6 millions de dollars avaient été investis dans la recherche sur l'abus d'alcool et de drogues[80]. Une première enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues a été effectuée en 1989.

- Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a été créé en 1988.

---

77 Santé Canada, *Drogues pas besoin*, Réseau du marketing social, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketingsocial/etude_drogues.html.

78 Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale antidrogue : Action contre les drogues*, 1988.

79 *Ibid.*

80 Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue — Phase II — Situation actuelle. Relevons le défi*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994.

- Le Bureau de la Stratégie nationale des poursuites en matière de drogues, au sein du ministère de la Justice, a été établi au cours de la première phase de la stratégie.

- La lutte contre le trafic des drogues est devenue plus efficace grâce à la création d'escouades antidrogue à l'Agence des douanes et du revenu du Canada, au Service des chiens détecteurs des douanes et au programme Échec au crime, ainsi qu'à une meilleure formation pour les inspecteurs des douanes et à l'amélioration de la collaboration avec l'industrie du transport[81].

Presque aucune information n'a été portée à l'attention du Comité à propos des lacunes de la première phase de la Stratégie canadienne antidrogue. Cependant, d'après un examen de la documentation, un manque de coordination à l'échelle interministérielle aurait été la principale faiblesse de la première phase.

3. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE II (1992-1997)

La phase II de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) a fait l'objet d'une évaluation dont le rapport final a été publié en juin 1997. L'accent a de nouveau été mis, lors de la phase II, sur la recherche dans une perspective nationale. Par exemple, en 1994, des fonds ont été consacrés à une deuxième enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), en collaboration avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, a publié *Profil canadien, 1994*, une analyse de l'enquête nationale. Le CCLAT a aussi publié en 1996 la première étude exhaustive des coûts pour la santé, la société et l'économie associés à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites. Toutefois, la phase II a également comporté de graves lacunes, et la coordination interministérielle s'est une fois de plus avérée source de grande préoccupation. Par exemple, aucun objectif clair n'a été défini en matière de coordination, pour ce qui a trait au Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Un désaccord a donc surgi entre les ministères fédéraux quant à son rôle par rapport aux ministères autres que Santé Canada. Situé au sein de Santé Canada, le Secrétariat a été déplacé plusieurs fois dans la structure organisationnelle du Ministère avant d'être finalement démantelé au printemps 1996[82].

Voici quelques-unes des conclusions du rapport final d'évaluation :

- L'information disponible au Canada à propos de la toxicomanie a augmenté grâce au financement de la phase II de la SCA[83].

---

81 Gouvernement du Canada, *Stratégie nationale antidrogue : Action contre les drogues*, 1988.

82 Santé Canada, *Évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue — Rapport final*, juin 1997, p. 13 et 47.

83 *Ibid.*, p. 18.

- Les fonds de la phase II de la SCA ont permis d'entreprendre de nombreuses activités nouvelles et améliorées, mais l'opportunité des activités et les réductions des niveaux de financement peuvent avoir limité l'incidence produite sur la programmation effective[84].

- Santé Canada a formé de nouveaux partenariats et élaboré des nouvelles méthodes et stratégies innovatrices de création de programme conçues pour répondre aux besoins des populations à risque élevé et difficiles à atteindre[85].

- La phase II de la SCA n'a pas eu de reconnaissance nationale, ni sur le plan politique, ni sur le plan public[86].

- L'absence de coordination interministérielle et de planification stratégique est restée un point faible tout au long de la phase II de la SCA[87].

- Santé Canada n'a pas contrôlé les dépenses associées à la phase II de la SCA de manière cohérente et complète[88].

- Pour être couronnée de succès, la mise en œuvre d'une stratégie fédérale antidrogue nécessiterait d'autres changements à la culture organisationnelle à l'échelle du gouvernement fédéral, des structures et des procédés de gestion efficaces qui permettraient d'optimiser les avantages d'un mode de fonctionnement horizontal, et une attention constante au principe de la responsabilisation[89].

4. LA STRATÉGIE NATIONALE ANTIDROGUE : RÉALISATIONS ET LACUNES DE LA PHASE III (1997-2002)

L'évaluation de la phase II de la SCA effectuée par Santé Canada a révélé qu'il fallait mettre en place un certain nombre d'éléments clés pour que la Stratégie canadienne antidrogue soit couronnée de succès. A-t-on tenu compte des enseignements tirés de la phase II lors de la mise en œuvre de la phase III? Qu'est-ce que la Stratégie canadienne antidrogue a permis d'accomplir depuis 1997?

Le Comité a eu de la difficulté à obtenir des réponses à ces questions, de la part de Santé Canada et d'autres ministères participant à la mise en œuvre de la Stratégie. Les témoins ne lui ont fourni que des détails anecdotiques et seuls un tout petit nombre

---

84 *Ibid.*, p. 48.

85 *Ibid.*, p. 48

86 *Ibid.*, p. 17.

87 *Ibid.*, p. 32.

88 *Ibid.*, p. 48.

89 *Ibid.*, p. 33.

d'entre eux lui ont donné à entendre qu'on avait fait beaucoup de bon travail dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue et que l'argent investi avait été bien dépensé[90]. Le Comité est très préoccupé par l'absence apparente d'information sur les réalisations et les lacunes de la stratégie fédérale antidrogue. Ces préoccupations ont trouvé leur écho dans le témoignage du sous-vérificateur général :

> *Les rapports ministériels sur le rendement manquent d'information sur les résultats [...] La véritable faiblesse, cependant, est l'absence d'un rapport public détaillé à l'échelle gouvernementale qui indiquerait aux parlementaires et aux Canadiens comment le Canada, soit au niveau fédéral, soit au niveau national, gère le problème. La Stratégie canadienne antidrogue devrait comporter des objectifs clairs et mesurables de sorte que le rendement global puisse être communiqué*[91].

Des représentants du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées (PSASC) ont témoigné devant le Comité à deux occasions différentes pour répondre à ces préoccupations. Au début de l'étude du Comité, Jody Gomber, qui était à l'époque directrice générale du PSASC, a indiqué que la Stratégie canadienne antidrogue n'avait fait l'objet d'aucune évaluation depuis 1997 en raison d'un manque de ressources financières.

> *Mais je crois que la question de savoir comment nous mesurons les effets de nos activités est une bonne question, très difficile aussi. La phase un de la Stratégie canadienne antidrogue — et c'était en 1987-1992 — était assortie de buts et de cibles très précis, et l'on avait réservé pour cela un montant d'argent fixe. De même, la deuxième phase avait des buts et des cibles précis ainsi que des fonds correspondants. Lorsqu'on a épuisé les fonds pour ces projets, la* Stratégie canadienne antidrogue, *le document, a été rendu public, mais malheureusement, il ne restait plus beaucoup de fonds pour faire des choses comme évaluer l'efficacité des activités qui avaient eu lieu. Donc je suis d'accord avec vous pour dire qu'il est important d'évaluer ces choses, mais malheureusement, il ne nous a pas été loisible de le faire*[92].

Vers la fin de l'étude du Comité, Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, a en outre expliqué au Comité que même si Santé Canada est l'organisme responsable de la mise en œuvre de la Stratégie, le Ministère n'est pas habilité à évaluer comment d'autres ministères fédéraux dépensent leurs fonds ni comment ils s'acquittent de leur mandat dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue :

> *Santé Canada est responsable de la coordination de la stratégie antidrogue. Nous ne pouvons pas aller dans un ministère. Nous ne pouvons pas analyser les livres. Nous ne pouvons pas extraire l'information. Nous coordonnons une équipe qui*

---

90 Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

91 Michael McLaughlin, déclaration préliminaire devant le Comité, 6 février 2002.

92 Jody Gomber, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

doit, en quelque sorte, se regrouper, sachant que l'objectif est important, et qui dispose des ressources nécessaires. Ce n'est peut-être pas parce qu'ils ne veulent pas fournir l'information mais simplement qu'ils n'ont pas les moyens de la recueillir, de l'analyser et de la diffuser[93].

Le Comité reconnaît que les compressions budgétaires ont eu un effet négatif sur les activités de suivi de la Stratégie canadienne antidrogue. Néanmoins, dans un contexte de contraintes financières, la prestation des programmes doit avoir la priorité sur toute dépense d'évaluation à long terme. Or, les témoignages entendus par le Comité le portent à croire que l'impuissance du gouvernement du Canada et du Parlement à faire de l'usage nocif de substances une priorité est également la raison pour laquelle cette question a été tellement négligée ces dernières années.

De nombreux témoins entendus par le Comité, de même que la vérificatrice générale du Canada dans son rapport de 2001, ont exprimé leurs préoccupations au sujet des efforts du gouvernement fédéral pour s'attaquer au problème de la consommation et de l'usage nocif de substances dans le contexte de la Stratégie canadienne antidrogue. Voici quelques-unes des préoccupations exprimées :

- aucun engagement clair de la part du gouvernement du Canada de faire de l'usage nocif de substances et de ses conséquences une priorité fédérale;
- financement instable et manque de ressources pour mettre en œuvre efficacement la Stratégie canadienne antidrogue;
- absence de leadership fédéral et de coordination de la Stratégie canadienne antidrogue;
- éparpillement des efforts et inefficacité des mécanismes actuels de coordination (p. ex. Comité fédéral-provincial-territorial sur l'alcool et les autres drogues; Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues);
- absence d'objectifs clairs et mesurables, et nulle exigence d'évaluer régulièrement l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue;
- aucun mécanisme pour assurer la reddition de comptes et l'examen des dépenses;
- manque d'équilibre entre les objectifs de restriction de l'offre et de réduction de la demande;

---

[93] Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

- manque de communication et de coopération entre tous les partenaires qui participent à la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue, y compris les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux et les organismes non gouvernementaux de lutte contre la toxicomanie;

- absence de données à jour sur l'importance de la consommation et de l'usage nocif de substances au Canada;

- mauvaise connaissance des programmes et mesures en place à l'heure actuelle visant toutes les composantes de la stratégie antidrogue (prévention et éducation, traitement et réadaptation, réduction des méfaits, et application des lois et contrôle);

- aucun mécanisme de production de rapports publics détaillés sur la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Le Comité a eu l'occasion de se rendre dans les grandes villes du Canada et de constater par lui-même les dégâts causés par l'usage nocif de substances dans l'environnement politique et juridique actuel. Il reconnaît toutes les lacunes de la dernière phase de la Stratégie canadienne antidrogue mentionnées ci-dessus. Le Comité reconnaît aussi que, comme la vérificatrice générale le faisait observer dans son rapport de 2001, « [l]a gestion du problème des drogues illicites au Canada est intrinsèquement difficile. Elle requiert les efforts des trois ordres de gouvernement — fédéral, provincial ou territorial et municipal — ainsi que ceux de nombreuses organisations non gouvernementales[94] ». En raison du partage constitutionnel des pouvoirs au Canada, la mise en œuvre d'une stratégie fédérale uniforme de lutte contre l'usage nocif de substances est d'autant plus problématique et nécessite la collaboration de tous les ordres de gouvernement.

La *Loi constitutionnelle de 1867* confère aux provinces le pouvoir de légiférer dans les domaines des soins de santé, de l'éducation, des prisons provinciales et de l'administration des tribunaux, tandis qu'elle confère au Parlement du Canada le pouvoir de légiférer en matière de droit criminel et de procédure, ainsi qu'à l'égard de la gestion des pénitenciers. Le Parlement exerce son pouvoir d'adopter des lois réglementant la vente, la distribution et la possession de substances psychoactives aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Quant à la responsabilité d'offrir des soins de santé et, par conséquent, des services de traitement et de réadaptation aux alcooliques et aux toxicomanes, elle relève avant tout des provinces.

Bien que le gouvernement fédéral contribue au financement des soins de santé, y compris le traitement des alcooliques et des toxicomanes, et que Santé Canada soit responsable de l'élaboration d'une stratégie fédérale de lutte contre l'usage nocif de substances et la toxicomanie, des contraintes constitutionnelles limitent la capacité du

---

[94] Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001, p. 15.

gouvernement fédéral d'agir dans certaines sphères. Par exemple, Santé Canada peut mener des campagnes de sensibilisation du public, produire des documents et faire des suggestions au sujet de la prestation de programmes d'éducation et de prévention dans les écoles. Toutefois, c'est aux provinces que revient au bout du compte le pouvoir d'élaborer des programmes de cours qui tiennent compte ou non de ces suggestions. De même, le gouvernement fédéral peut encourager les médecins et les pharmaciens à se doter de systèmes de déclaration qui permettraient une surveillance plus étroite des médicaments d'ordonnance de façon à limiter leur mauvais usage et leur détournement vers le marché des drogues illicites, mais la réglementation de ces professions relève de la compétence des provinces.

Étant donné le contexte constitutionnel, l'élaboration de politiques fédérales efficaces de lutte contre la consommation et l'usage nocif de substances et contre la dépendance sera grandement tributaire de la capacité du gouvernement fédéral de faire preuve de leadership et de vision dans sa propre sphère de compétence et de coordonner efficacement une stratégie nationale antidrogue renouvelée, assortie des fonds suffisants. Toutefois, puisque les provinces, les territoires et les municipalités jouent un rôle de premier plan à l'égard de la consommation et de l'usage nocif de substances, la réussite de la Stratégie canadienne antidrogue dépendra également de la capacité du gouvernement fédéral d'obtenir la collaboration d'autres paliers de gouvernement et de travailler en partenariat avec eux.

> *[C]e n'est plus le gouvernement fédéral qui assume les coûts, sauf en ce qui concerne l'exécution de la loi spécialisée, ce sont les provinces qui assument la majeure partie des coûts par l'entremise des services de santé de même que des forces de police et des organismes d'exécution de la loi ordinaires. Je pense que le meilleur rôle que le gouvernement fédéral puisse jouer consiste à assurer une coordination et un leadership au niveau national et à créer une base de données grâce à laquelle on pourra éviter les pertes d'efficience imputables au dédoublement des efforts partout au pays. Il pourrait également jouer un rôle au chapitre de l'uniformisation des mesures, par exemple, et définir essentiellement les prochaines étapes. Une stratégie antidrogue devrait mettre l'accent sur des programmes nouveaux et novateurs. [Elle devrait servir de gouvernail pour] diriger le bateau, et non [être] le bateau lui-même*[95].

La vaste majorité des témoins se sont dits très préoccupés par les conséquences des compressions pour la Stratégie canadienne antidrogue. De nombreux témoins ont soutenu que les réductions des dépenses ont été tellement grandes que l'année 1997-1998 a en fait sonné le glas de la Stratégie canadienne antidrogue.

---

[95] Eric Single, témoignage devant le Comité, 7 novembre 2001.

Le comité parlementaire sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a un mandat assez important. En fait, le domaine de la lutte contre la toxicomanie au Canada compte sur vous pour être le catalyseur de mesures concrètes et d'un certain leadership de la part du gouvernement fédéral. Comme d'autres l'ont sûrement déjà dit, le Canada n'a pas une stratégie nationale antidrogue et c'est le seul pays du G-8 dans cette situation[96].

Santé Canada a indiqué, en réponse à une question du Comité, que, « depuis 1997, le niveau d'activité du Bureau de la stratégie canadienne antidrogue (BSCA) et de ses partenaires a été réduit. Le Bureau met surtout l'accent sur : les obligations légales, les engagements internationaux, la réadaptation et des questions névralgiques comme l'usage de drogues injectables[97] ». Il se peut que les compressions budgétaires aient exacerbé le déséquilibre entre la réduction de la demande et la restriction de l'offre étant donné que les mesures axées sur la demande de substances semblent avoir été davantage touchées par les compressions que les mesures d'application de la loi visant à restreindre l'offre de substances illicites.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), en particulier, a été durement touché par les compressions. En 1998, le CCLAT avait reçu du gouvernement fédéral une subvention annuelle initiale de 2 millions de dollars comme base minimale de financement pour entreprendre ses activités et aller chercher les investissements d'autres paliers de gouvernement et d'organismes non gouvernementaux. Lorsque, en réalité, la Stratégie canadienne antidrogue a pris fin en 1997, son budget a été réduit de 75 % pour passer à 500 000 $. Le Centre a survécu principalement en offrant ses services à contrat. Des pressions grandissantes sur le plan des finances et des ressources humaines continuent à menacer l'existence du CCLAT[98]. Néanmoins, le Centre a réussi à fournir des services et à se positionner à l'échelle nationale et internationale comme point de convergence pour ce qui est des questions d'usage nocif de substances. En 2002, Santé Canada a augmenté à 1,5 million de dollars les fonds consacrés au Centre, à titre de mesure temporaire en attendant la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie fédérale antidrogue. Le Comité reconnaît les efforts soutenus du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et croit que le mandat qui lui a été confié par la loi demeure pertinent et est essentiel à la réussite éventuelle d'une stratégie canadienne antidrogue renouvelée. D'autres précisions seront apportées à propos du CCLAT, au chapitre 4 qui porte précisément sur la recherche, l'information et la gestion du savoir.

---

96 Murray Finnerty, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, témoignage devant le Comité, 29 août 2002.

97 Santé Canada, *Réponse au Comité*, 2002, p. 19.

98 Le CCLAT est un organisme autonome et doit par conséquent assumer les coûts liés à son fonctionnement : conseil d'administration, vérifications annuelles, services juridiques et comptables, loyer et toute autre dépense d'infrastructure associée à l'administration d'un tel organisme.

5. QUELLE DIRECTION FAUT-IL PRENDRE MAINTENANT?

Au Canada, au cours de la dernière décennie, on a pu constater un certain nombre de faits : les indications des liens qu'il existe entre l'usage nocif de substances et les troubles mentaux se sont multipliées; le nombre d'alcooliques et de toxicomanes qui souffrent également du syndrome et des effets de l'alcoolisme fœtal est devenu plus apparent; le nombre d'utilisateurs de drogues injectables qui sont séropositifs, ont le sida ou l'hépatite C a augmenté; la polytoxicomanie a pris l'allure d'une tendance grandissante; la consommation de drogues de confection a enregistré une hausse; les nouvelles recherches sur les aspects bio-psycho-sociaux des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues sont venues remettre en question les vues traditionnelles sur l'usage nocif de substances et la toxicomanie. Le Comité croit qu'il est essentiel d'investir dans une stratégie canadienne antidrogue renouvelée. Une telle initiative contribuera à restreindre la demande et, partant, l'offre de substances, à limiter la propagation de maladies infectieuses et à réduire les coûts pour la société et la santé associés à l'usage nocif de substances.

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée doit être exhaustive, intégrée, équilibrée et durable et englober l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les médicaments. Le but à long terme que constitue la réduction des méfaits associés à l'alcool, au tabac et à d'autres substances, pour les individus, les familles et les collectivités, doit demeurer la pierre angulaire d'une telle stratégie. C'est au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies qu'il devrait revenir de définir les principes directeurs, les buts à court terme, les objectifs, les indicateurs de rendement et le plan stratégique, en collaboration avec des représentants de Santé Canada, des services intéressés de tous les paliers de gouvernement, des organismes non gouvernementaux de lutte contre la toxicomanie, du secteur privé et des usagers de drogues ou de substances. Un processus de prise de décisions en commun faisant appel à tous les intervenants clés du pays favorisera la collaboration et assurera un niveau élevé de visibilité à la stratégie fédérale antidrogue renouvelée. Le gouvernement du Canada devrait prendre des mesures immédiates pour s'assurer qu'une stratégie fédérale antidrogue financée de manière adéquate sera en place à l'été 2003.

Il lui faudrait accorder la priorité à l'élaboration d'une stratégie qui engloberait ce qui suit :

- Initiatives de prévention et d'éducation (dans toute la mesure du possible, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux);
- Pratiques fondées sur la recherche, le savoir et l'expérience;
- Série claire de buts et d'objectifs réalisables et de résultats mesurables;
- Cadre d'évaluation;

- Cadre de reddition de comptes pour définir les rôles et les responsabilités de même que les mécanismes pour le suivi des dépenses et des réalisations; mesures de réduction des méfaits;

- Partenariats multisectoriels pour tirer le meilleur parti possible des ressources existantes;

- Plan de communication des gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux.

6. SURVEILLANCE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Étant donné la nécessité de rendre compte des dépenses et des programmes et d'évaluer continuellement la Stratégie canadienne antidrogue, le Comité estime qu'il faudrait modifier la structure et les mécanismes de reddition de comptes pour mieux refléter l'engagement du Parlement à s'attaquer au problème de l'usage nocif de substances au Canada. Parce que les questions en jeu touchent de nombreux aspects de la société, divers ministères et organismes fédéraux se partagent la responsabilité de la mise en œuvre d'une stratégie fédérale antidrogue. Le Comité est d'avis que, dans ce cas, le partage des responsabilités a entraîné une diffusion de la responsabilité financière. L'absence d'information budgétaire détaillée qui en a résulté a été signalée dans le *Rapport de la vérificatrice générale du Canada* de 2001. C'est la raison pour laquelle le Comité recommande la nomination d'un commissaire canadien aux drogues, indépendant de tout ministère ou organisme fédéral, pour surveiller la Stratégie canadienne antidrogue. Le commissaire doit être autorisé par la loi à effectuer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la stratégie et à présenter annuellement un rapport et des recommandations au Parlement, par l'entremise du Président de la Chambre des communes.

Une loi du Parlement devrait instituer le poste de commissaire canadien aux drogues et définir son mandat, ses fonctions et pouvoirs de base de même que la structure organisationnelle de son bureau. Le Comité propose que le gouverneur en conseil nomme le commissaire canadien aux drogues — le titulaire ayant, de préférence, une expérience liée au secteur de la santé —, pour une période maximale de cinq ans et que le budget de son bureau soit fixé à 1,5 million de dollars par année.

Le rôle du commissaire canadien aux drogues consisterait à aider les parlementaires à surveiller la mise en œuvre et l'évolution de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en leur fournissant une analyse objective et indépendante et en formulant des recommandations quant aux mesures nécessaires à la réussite de la Stratégie. Pour faciliter le travail du commissaire canadien aux drogues, les ministères et organismes fédéraux seraient tenus de préparer des plans d'action définissant comment ils mettront en œuvre la Stratégie canadienne antidrogue. Le commissaire surveillera ensuite la situation de près pour déterminer si les ministères et organismes mettent ces plans d'action en œuvre et satisfont aux objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue.

Qui devrait mettre en œuvre la nouvelle stratégie fédérale antidrogue? Selon de nombreux intervenants clés, il conviendrait que la mise en œuvre pluriministérielle de la Stratégie canadienne antidrogue continue à relever principalement de Santé Canada si on veut renforcer le message que l'usage nocif de substances et la toxicomanie sont essentiellement des questions de santé. Le Comité est d'accord, mais il aimerait que ce dossier soit plus élevé sur la liste des priorités, qu'il jouisse d'une plus grande visibilité et qu'il fasse l'objet d'une reddition de comptes plus rigoureuse. Par conséquent, le Comité estime que le ministre de la Santé devrait avoir pour mandat de réagir au rapport annuel du commissaire canadien aux drogues en présentant un communiqué officiel au Comité permanent de la santé, par l'entremise de la Chambre des communes.

7. CONSTATATIONS DU COMITÉ — STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Le Comité en arrive aux constatations suivantes :

- √ *Une stratégie fédérale antidrogue renouvelée et adéquatement financée s'impose désespérément pour que les Canadiens et leurs collectivités soient en mesure de vivre le plus en santé possible.*

- √ *Une stratégie canadienne antidrogue renouvelée doit comporter des buts et des objectifs clairs et mesurables et obligatoirement faire l'objet d'évaluations exhaustives visant à assurer que ces buts et objectifs sont atteints.*

- √ *Au cours des dernières années, la Stratégie canadienne antidrogue a surtout été axée sur la restriction de l'offre de drogues illicites de sorte que très peu de ressources fédérales ont été consacrées à la réduction de la demande. Cette situation est en partie attribuable aux réductions de programmes et aux compressions de dépenses. Une stratégie fédérale antidrogue renouvelée doit refléter un meilleur équilibre entre la réduction de la demande et la restriction de l'offre.*

- √ *Dans l'ensemble, la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée doit être conçue suivant une approche axée sur la santé.*

- √ *Les observations et recommandations du rapport de la vérificatrice générale du Canada sur le rôle du gouvernement fédéral à l'égard des drogues illicites vont clairement dans le sens de ce que le Comité a vu et entendu au cours de son étude. Un manque de coordination entre les ministères fédéraux et d'autres ordres de gouvernement, un manque de responsabilisation, un manque d'information, l'absence dévaluations et un manque de cohésion ont en réalité nui à la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue.*

√ *La création d'un poste de commissaire canadien aux drogues s'impose pour assurer l'application de politiques efficaces et uniformes aux fins de s'attaquer aux problèmes liés à la consommation et à l'usage nocif de substances au Canada, et pour veiller à ce que les ministères et organismes fédéraux respectent leurs obligations en conformité avec la Stratégie canadienne antidrogue.*

√ *Pour être couronnée de succès, la Stratégie canadienne antidrogue doit déboucher sur des partenariats avec d'autres paliers de gouvernement et des intervenants clés.*

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada réaffirme son engagement à lutter contre la consommation et l'usage nocif de substances et la dépendance aux substances, en élaborant, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, une stratégie canadienne antidrogue renouvelée, exhaustive, coordonnée et intégrée qui permettra de s'attaquer aux problèmes liés aux drogues illicites et aux substances licites (ou légales) telles que l'alcool, le tabac, les produits pour inhalation et les médicaments d'ordonnance.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande qu'une Stratégie canadienne antidrogue renouvelée soit assortie d'objectifs clairs et mesurables ainsi que d'un processus d'évaluation et de reddition de comptes et que, une fois ces éléments en place, des fonds adéquats et soutenus y soient affectés.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande la nomination d'un commissaire canadien aux drogues chargé, en vertu d'un mandat conféré par la loi, d'effectuer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et à présenter annuellement un rapport des recommandations à cet effet au Parlement, par l'entremise du Président de la Chambre des communes.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande que le ministre de la Santé soit chargé de coordonner la mise en œuvre pluriministérielle d'une Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et de réagir au rapport du commissaire canadien

aux drogues dans les 90 jours, en présentant un communiqué officiel au Comité permanent de la santé, par l'entremise de la Chambre des communes.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, organisme indépendant et non gouvernemental, reçoive le mandat d'élaborer, de concert avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, les buts, les objectifs, les indicateurs de rendement et le plan stratégique d'une stratégie canadienne antidrogue renouvelée qui sera exhaustive, coordonnée et intégrée.

CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET CONNAISSANCES

La recherche et diverses autres méthodes de développement des connaissances doivent constituer le fondement de l'élaboration des politiques et des programmes. L'analyse de cette information et des données permet de faire un examen des autres politiques et des objectifs stratégiques possibles, de déterminer des interventions appropriées en matière de programmation, d'établir des mécanismes d'évaluation du rendement et de faire l'affectation des ressources[99].

Les décideurs ont besoin de données fiables et à jour pour concevoir des politiques de réduction de l'offre et de la demande qui soient efficaces. Les recherches et enquêtes sur la nature, l'importance et les tendances de la consommation et de l'usage nocif de substances psychoactives aident les décideurs à se faire une idée des questions sociales et sanitaires complexes entourant ce phénomène. L'actuelle Stratégie canadienne antidrogue reconnaît l'importance des connaissances et de la recherche pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de l'État, mais depuis 1997, le gouvernement fédéral a consacré très peu de ressources aux recherches sur la consommation et l'usage nocif de substances psychoactives.

Dès le début de son enquête, le Comité a noté qu'on manquait de données pancanadiennes fiables et à jour sur les habitudes de consommation des substances et sur les activités menées pour faire respecter la loi. Sans ces données, il est difficile sinon impossible d'élaborer des stratégies proactives pour réagir à l'évolution des tendances dans ce domaine. La très grande majorité des témoins entendus par le Comité ont confirmé ces constatations et indiqué qu'il est urgent de pouvoir accéder à davantage de données régionales et nationales — et à des données de meilleure qualité — sur la consommation de substances psychoactives au Canada. Ainsi, il n'existe pratiquement aucune donnée sur les toxicomanies en milieu autochtone, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, et sur le mauvais usage de médicaments d'ordonnance. Des données sur les cas possibles de mauvais usage de médicaments d'ordonnance peuvent être produites à l'aide de certains programmes provinciaux de surveillance, mais il n'existe aucune base de données fédérale rassemblant ce genre d'information. Certaines provinces réalisent des enquêtes régulières sur l'usage de certaines substances au sein de la population en général et des élèves (p. ex., le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (Ontario Student Drug Use Survey) recueille des données depuis 1977). Cependant, chaque province utilise des méthodes différentes, ce qui empêche toute comparaison des données. On ne dispose que de très peu de données sur les coûts sociaux et sanitaires associés à la consommation et à l'usage nocif de substances psychoactives. Ainsi, on ne recueille aucune donnée sur les décès par surdose malgré le fait que de telles données constitueraient un important indicateur de l'étendue des torts causés par la consommation de certaines substances psychoactives. L'étude la plus récente sur les coûts sociaux de l'abus de substances psychoactives a été

---

[99] Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

menée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) en 1996 et à l'aide de données datant de 1992[100]. Les statistiques sur l'application de la loi sont également insuffisantes. On ne dispose que de données partielles sur les drogues saisies au Canada et d'aucune statistique nationale sur les condamnations et peines relatives aux drogues illicites. Enfin, les données provinciales existantes ne sont pas suffisamment détaillées[101].

> *Alors que les statistiques nationales sur les mises en accusation par la police répartissent le nombre d'accusations liées aux drogues selon le type de substance (par exemple, héroïne, cocaïne et cannabis) et le type d'infraction (par exemple, possession, trafic, importation et culture), les statistiques sur les condamnations ne sont réparties qu'en deux catégories — possession et trafic*[102].

Santé Canada a convenu qu'on connaît peu les tendances canadiennes actuelles concernant la consommation et l'usage nocif des substances psychoactives et que la plupart des données dont on dispose ont été recueillies de manière ponctuelle et sporadique. Selon ce ministère, « actuellement, il n'y a pas de fonds consacrés à la surveillance des taux de consommation de drogues illicites au Canada »[103]. En fait, Santé Canada a précisé ce qui suit : « en 1998-1999, le gouvernement américain a alloué six fois plus d'argent à la recherche sur les toxicomanies menée au Canada que le gouvernement canadien »[104]. Ces affirmations ont été confirmées par un certain nombre de chercheurs qui ont témoigné devant le Comité, notamment Eric Single, un professeur du département de santé publique de l'université de Toronto et un associé de recherche principal au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui a déclaré ce qui suit :

> *Même si le gouvernement fédéral reçoit plus de 3 milliards de dollars par année en taxes sur l'alcool et le tabac seulement, le gouvernement des États-Unis affecte beaucoup plus d'argent à la recherche sur la toxicomanie au Canada — c'est-à-dire aux recherches effectuées par des Canadiens sur les problèmes de toxicomanie des Canadiens. Le gouvernement des États-Unis consacre six fois plus d'argent que le gouvernement du Canada à des recherches sur nos problèmes de toxicomanie. Les compressions budgétaires ont produit des pertes considérables. La quasi-totalité de nos scientifiques de premier plan sont partis. Je me sens un peu seul. De jeunes chercheurs prometteurs sont partis travailler dans d'autres pays ou dans d'autres domaines*[105].

---

100 Eric Single, *et al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996.

101 La Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et le Nunavut ne fournissent pas de données à Statistique Canada concernant les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes.

102 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001, p. 19.

103 Santé Canada, Réponse au Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, 2002, p. 21.

104 *Ibid.*, p. 9.

105 Eric Single, témoignage devant le Comité, 7 novembre 2001.

Les lacunes sur le plan des connaissances ont également été reconnues par le Bureau du vérificateur général du Canada, qui a mené une étude sur le rôle joué par le gouvernement fédéral à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue.

> *L'information sur l'étendue du problème des drogues est restreinte, périmée ou non disponible. Cela s'applique également à l'information de base générale et à l'information de gestion.*
>
> *... Il n'existe pas d'information complète et regroupée sur les dépenses des ministères fédéraux pour lutter contre les drogues illicites, soit afin d'en réduire la demande, soit afin d'en restreindre l'offre. Il s'agit pourtant d'une information de base essentielle à la gestion de tout programme*[106].

1. ENQUÊTES NATIONALES

C'est en 1989 et en 1994 qu'ont été menées les dernières enquêtes nationales portant de manière précise pour déterminer l'importance de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives licites ou illicites au sein de la population. De même, l'Enquête sur les campus canadiens, réalisée à l'automne de 1998, a fourni des données nationales sur la consommation d'alcool et d'autres substances, sur les problèmes d'alcoolisme, sur les conséquences de la consommation d'alcool, et sur le contexte et les caractéristiques de cette consommation chez les étudiants de premier cycle. Jusqu'à récemment, les enquêtes nationales sur la santé menées auprès de la population en général (p. ex., l'Enquête nationale sur la santé de la population) comprenaient des questions sur la consommation d'alcool et de tabac, sur l'usage de médicaments d'ordonnance, parfois sur la dépendance vis-à-vis de l'alcool, mais non sur la consommation de substances illicites. Une nouvelle enquête, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), corrigera temporairement cette situation à la fin de l'été 2003 et fournira des données sur la consommation de substances et la dépendance à celles-ci, y compris pour les substances illicites, chez les personnes âgées de 15 ans et plus vivant dans des logements privés répartis dans dix provinces. Cette enquête a vise notamment à fournir des estimations nationales régulières sur les principaux troubles et problèmes en matière de santé mentale. Elle comportera un cycle de collecte de deux ans comprenant « deux enquêtes distinctes : une enquête à l'échelle des régions socio-sanitaires la première année auprès d'un échantillon total de 130 000 personnes et une enquête à l'échelle provinciale la deuxième année auprès d'un échantillon total de 30 000 personnes »[107]. La deuxième année de chaque cycle d'enquête portera sur un sujet particulier. En 2002, le thème choisi était la santé mentale et le bien-être, ce qui comprend de nombreuses questions sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance, y compris dans le cas des solvants et des stéroïdes. À l'heure actuelle, on ne prévoit pas poser de questions sur la consommation et l'usage nocif de substances

---

[106] Michael McLaughlin, sous-vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada, témoignage devant le Comité, 6 février 2002.

[107] Statistique Canada, *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : enrichissement de données sur la santé au Canada*, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.statcan.ca/francais/concepts/health/ccshinfo_f.htm.

autres que l'alcool et le tabac au cours du prochain cycle. Des questions sur l'alcool, l'usage nocif d'alcool, la dépendance à l'alcool et la cigarette font cependant partie du contenu commun et seront posées lors de chaque cycle. De l'avis du Comité, il faudrait envisager d'intégrer des questions sur les substances licites et illicites à tous les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes[108].

Une autre source d'information possible pourrait être l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes menée par Développement des ressources humaines Canada (DRHC). Cette enquête a été conçue en 1994 afin de recueillir des données à tous les deux ans sur un échantillon représentatif de jeunes canadiens de leur naissance à l'âge de 25 ans[109]. L'objectif est de « fournir des données à l'appui de l'analyse longitudinale de la prédominance de diverses caractéristiques biologiques, sociales et économiques, et des facteurs de risque parmi les enfants et les jeunes »[110]. Les premières cohortes comprenaient 22 831 enfants âgés de moins d'un an à 11 ans. L'information était recueillie auprès des parents, des enfants eux-mêmes (pour ceux de 10 et 11 ans), des enseignants et des directeurs d'école. Des données sur les jeunes de 10 à 17 ans devraient être disponibles au printemps de 2003 et comprendre certains renseignements sur les premières consommations. Cette enquête pourrait permettre de rassembler des données empiriques et d'autres renseignements pertinents en vue de l'élaboration de programmes de prévention et d'éducation; elle isolera en effet des facteurs prédictifs et des stades d'intervention cruciaux qui pourraient aider à influer sur l'évolution d'un jeune qui commence à consommer une substance.

Ces enquêtes pancanadiennes permettent de se faire une idée de la consommation et de l'usage nocif de substances, ce qui est essentiel pour évaluer le problème de manière globale. Toutefois, ces sources de données, à l'exception de la nouvelle Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, se révèlent souvent peu utiles à l'échelle provinciale et locale. Ces enquêtes pancanadiennes viennent en effet compléter d'autres sources de données, mais elles ne remplacent certainement pas les sources provinciales et locales de données fiables sur la consommation et l'usage nocif de substances. Néanmoins, il faut procéder à plus de recherches et rassembler des connaissances plus approfondies sur les questions de santé et de sécurité publiques relatives à l'usage nocif de substances et à la dépendance afin d'adopter des politiques plus éclairées et de résoudre la myriade de problèmes connexes.

---

108 Du point de vue de la recherche, cette enquête comporte de nombreux avantages : un grand échantillon; souci de représentativité des jeunes; ventilation des données aux échelons provincial et infra-provincial (région socio-sanitaire); bonne diffusion comprenant la production d'un fichier de microdonnées pouvant être partagé avec les provinces, les territoires et Santé Canada, ainsi qu'un fichier de microdonnées public; comparabilité à l'échelle internationale par rapport à des données similaires produites par l'Organisation mondiale de la santé; accent mis sur la santé communautaire susceptible de donner accès à un plus large échantillon de la population qu'une enquête portant strictement sur la consommation et l'abus de substances.

109 Cette enquête exclut les enfants autochtones vivant dans une réserve et les enfants en établissement.

110 Le site Web de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes se trouve à l'adresse suivante : www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/arb-dgra/conferences/nlscyconf/flyer-x.shtml.

Notre fondation tient à souligner, cependant, que la recherche doit aller bien au-delà des tendances relatives à la consommation. Si ces données épidémiologiques et d'autres sont essentielles à l'élaboration d'une politique solide, la recherche sur les pratiques exemplaires et [sur] l'efficacité du programme l'est tout autant. Pour s'orienter vers un système fondé sur des données, les décideurs, les concepteurs de programme et les bailleurs de fonds doivent tous avoir accès à des données de qualité[111].

Le gouvernement fédéral verse des fonds limités pour appuyer le développement, la coordination et la diffusion de la recherche et des connaissances sur la consommation et l'usage nocif de substances, principalement par l'entremise des travaux réalisés par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et d'autres organismes fédéraux comme le Centre de recherche en toxicomanie du Service correctionnel du Canada.

2. LA RECHERCHE SUR LA CONSOMMATION ET L'USAGE NOCIF DE SUBSTANCES ET LA GESTION DES CONNAISSANCES

a) Coordination des efforts au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), qui est financé en partie par Santé Canada, est le principal organisme responsable de la collecte et de la diffusion de données sur la consommation et l'usage nocif de substances psychoactives au Canada. « Le CCLAT surveille les activités de recherche, participe à des forums de recherche et s'emploie à informer les intervenants clés des faits intéressants ayant trait aux politiques et programmes publics »[112]. Le CCLAT est également un organisme affilié au Réseau canadien de la santé, pour les questions liées aux abus de substances et aux toxicomanies.

Santé Canada appuie les travaux menés par le CCLAT dans le domaine de l'information et de la gestion des connaissances, et reconnaît qu'il faut consacrer davantage d'argent à la coordination de la recherche. En attendant que le gouvernement fédéral débloque des crédits substantiels pour la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada a décidé en mars 2002 d'accroître les fonds versés au CCLAT; ce financement est en effet passé de 500 000 $ par année à 1,5 million de dollars pour chacune des trois prochaines années afin de permettre au Centre d'intensifier ses activités visant à faciliter l'élaboration des politiques. Toutefois, ce niveau de financement n'est pas suffisant pour permettre au Centre de remplir convenablement le mandat qui lui a été confié par une loi du Parlement en 1988[113].

---

111 Dan Reist, président, Kaiser Foundation, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

112 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Rapport annuel 2000-2001*, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.ccsa.ca/RA2001/index2.htm.

113 Le mandat du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est présenté au Chapitre 3.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies s'est révélé le fer de lance d'un certain nombre de réseaux et de services de recherche et de collecte de données au cours de la dernière décennie et il participe actuellement à la gestion ou à la coordination des projets suivants :

- le Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies, y compris un service d'information sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF), ainsi que de nombreuses bases de données relatives à la consommation de substances comme la base de données des chercheurs canadiens en toxicomanie;

- le Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues (CVDATD);

- le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET);

- le réseau Santé, éducation et services de police en partenariat;

- le Réseau canadien d'information sur les toxicomanies (RCIT)[114];

- le Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie du CCLAT;

- le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT).

Des membres du Comité se sont inquiétés de la prolifération des réseaux de recherche traditionnels ou virtuels dont les activités sont actuellement coordonnés par le CCLAT. Malheureusement, le Comité n'a pas été en mesure d'évaluer l'efficacité de ces réseaux et services de recherche et d'information. Il est toutefois d'avis que la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue devrait prévoir que toutes ces composantes fassent l'objet d'une évaluation exhaustive afin de garantir leur efficacité, d'accroître la responsabilisation et d'éviter les chevauchements. De plus, le mandat du commissaire canadien aux drogues qui est proposé permettra de veiller à ce que les crédits et ressources fédéraux soient affectés ou réaffectés comme il se doit.

À partir de divers documents dont il a pris connaissance et de témoignages qu'il a entendus, le Comité a établi une liste des activités menées par des réseaux de recherche et de gestion du savoir qui, à l'heure actuelle, sont coordonnés ou gérés par le CCLAT.

---

[114] Ce réseau a été lancé par le CCLAT en 1992 et permet aux centres de ressources, aux grandes librairies et aux chercheurs de partager de l'information sur les toxicomanies au Canada.

i) Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Depuis 1991, le Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies fournit de l'information à toute une gamme d'intervenants, d'organismes, de gouvernements et à toute personne intéressée à en apprendre davantage sur les questions liées à la consommation et à l'usage nocif de substances psychoactives. Il « complète le travail du Réseau canadien d'information sur les toxicomanies (RCIT) et répond principalement aux demandes d'envergure nationale »[115]. Le Centre offre deux types de services d'information : un service d'information général, et un service d'information sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF). Afin de répondre aux demandes d'information et de favoriser la diffusion des ressources canadiennes, le Centre dispose d'une « très vaste collection de documents qu'on pourrait qualifier de provisoires ou non officiels, qui n'ont pas été publiés sous l'approbation d'un comité de révision. Ces documents sont généralement difficiles à obtenir pour les chercheurs, qui les consultent et s'en inspirent dans leurs recherches »[116]. Le service d'information sur le syndrome et les effets de l'alcoolisme fœtal, qui est financé en partie par l'Association des brasseurs du Canada et l'Association des distillateurs canadiens, offre une liaison téléphonique sans frais avec un spécialiste de même que l'accès à « une collection spéciale, des bibliographies, un site Web, et des liens à des groupes de soutien, à des projets de prévention, à des centres de ressources et à des experts sur le SAF et les EAF »[117].

Le Centre national de documentation a été l'un des premiers à diffuser de l'information sur Internet (depuis janvier 1995) grâce au site Web du CCLAT. Ce site permet d'avoir accès à de nombreuses bases de données, notamment à une base bibliographique nationale sur les publications canadiennes traitant de toxicomanies, à un certain nombre de répertoires d'organismes s'occupant de toxicomanies au Canada, à une base sur les chercheurs en toxicomanies œuvrant au Canada de même qu'à une base de données thématiques sur l'hépatite C et sur l'utilisation de drogues injectables. Enfin, le site donne également accès à toute une série de publications de recherche publiées par le CCLAT sur toute une gamme de questions relatives à la consommation et à l'usage nocif de substances psychoactives.

ii) Le Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues (CVDATD)

Le Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues (CVDATD), qui est financé par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, est un site Internet trilingue (français, anglais et espagnol). Il constitue en

---

115 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Rapport annuel 2000-2001*.

116 Michel Perron, directeur général, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, témoignage devant le Comité, 25 octobre 2001.

117 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Rapport annuel 2000-2001*.

fait un portail permettant d'accéder aux ressources de différentes recherches menées partout dans le monde par des organismes reconnus et ainsi, de trouver des données crédibles sur la consommation et l'usage nocif de substances. Le Centre propose également « un mécanisme en ligne d'échange d'informations appelé "fil de discussion" qui a par exemple permis de discuter de sujets comme les jeunes très vulnérables, l'état des recherches sur la marijuana ou l'état des connaissances sur l'ecstasy en 2000-2001 »[118].

iii) Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)[119]

Le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) a été créé en 1995 à titre de système de surveillance pancanadien des toxicomanies. Il est l'équivalent du Community Epidemiology Working Group qui existe aux États-Unis depuis à peu près 25 ans. Le site Web du RCCET décrit le réseau comme « un projet concerté impliquant des organismes fédéraux, provinciaux et communautaires qui s'intéressent à la consommation des drogues, aux conséquences sanitaires et juridiques d'une telle consommation, aux traitements et à la mise en application de la loi »[120]. Ses objectifs sont « de coordonner et de faciliter la collecte, l'organisation et la diffusion d'informations qualitatives et quantitatives sur l'usage des drogues au sein de la population canadienne, aux niveaux local, provincial et national » ainsi que de « favoriser le réseautage chez les principaux partenaires multisectoriels, d'améliorer la qualité des données recueillies et de signaler sans tarder les nouvelles tendances »[121].

> *La vision du RCCET se résume essentiellement à un partenariat visant à surveiller les tendances en matière de toxicomanie et les facteurs connexes. Cette vision comporte deux parties. La première qui, je crois, définit véritablement le RCCET, c'est le concept de partenariat. Comme je viens de le dire, le partenariat s'exerce aux niveaux local, national et international. La deuxième vise la surveillance des tendances en matière de toxicomanie et les facteurs connexes, ce qui représente essentiellement la partie relative aux données*[122].

À l'heure actuelle, il existe 12 sites associés au RCCET dans tout le Canada, qui se trouvent à divers stades de développement. Chaque site recueille des données sur une base annuelle et certains transmettent des rapports qui fournissent de l'information sur la consommation et l'usage nocif de certaines substances dans une région donnée du Canada. Ces substances sont l'alcool, la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, les sédatifs-hypnotiques et tranquillisants, les hallucinogènes, les stimulants et les drogues licites.

---

118 *Ibid.*

119 La plupart des renseignements figurant dans la présente section proviennent du site Web du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (www.ccsa.ca/ccendu/indexf.htm) et du témoignage de Colleen Anne Dell, coordonnatrice nationale du RCCET, devant le Comité, 25 octobre 2001.

120 Site Web du RCCET à l'adresse suivante : www.ccsa.ca/ccendu/indexf.htm.

121 *Ibid.*

122 Colleen Anne Dell, coordonnatrice nationale du RCCET, témoignage devant le Comité, 25 octobre 2001.

Cette information est rassemblée dans un rapport général présentant des données ventilées par sexe sur l'importance de la consommation (« prévalence »), le mode de traitement, les activités policières, la morbidité, la mortalité, le VIH/sida et l'hépatite C. Les responsables du réseau prévoient établir cinq nouveaux sites par an en milieu rural et urbain. Ils envisagent aussi la possibilité d'instaurer un système de collecte de données sur les réserves, ce qui permettrait de combler d'énormes lacunes dans les données sur la consommation et l'usage nocif de substances chez les membres des Premières nations.

Une évaluation du RCCET a été menée en 1999 par Alan Ogborne du Centre de toxicomanie et de santé mentale, pour le compte du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et grâce au financement de Santé Canada. L'évaluation a révélé que « des progrès notables ont été réalisés en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs initiaux, en particulier pour ce qui est de l'établissement d'un cadre national; du développement de réseaux locaux auxquels se joignent des responsables de l'élaboration des politiques; des activités de routine se rapportant à la cueillette, au traitement et à la diffusion de différentes catégories de données; de la hausse de la sensibilisation aux limites des données existantes »[123]. Parmi les principales préoccupations mentionnées, notons la qualité des données dont dispose le RCCET, l'amélioration de la cohérence dans les sources de données ainsi qu'une diffusion plus rapide de l'information. Voici les conclusions du rapport d'évaluation :

> *Le RCCET présente le potentiel pour s'assurer que les politiques et programmes se rapportant à l'alcool et aux drogues sont efficaces et basés sur la réalité. Les rapports du RCCET pourraient servir à tous ceux s'intéressant aux problèmes associés à l'alcool et aux drogues, y compris les responsables de l'élaboration des politiques à l'échelle locale et nationale, le grand public et les personnes les plus touchées par ces problèmes. Le RCCET s'attaque à une préoccupation très courante, soit l'obtention d'une meilleure information sur les questions et les programmes de santé. De plus, le RCCET peut améliorer la capacité du Canada à répondre aux demandes de l'Organisation mondiale de la santé, de la Commission des stupéfiants des Nations Unies et d'autres organisations internationales s'intéressant aux problèmes d'alcool et de drogues*[124].

L'auteur du rapport d'évaluation recommandait que le RCCET soit maintenu à l'échelle nationale, qu'il fasse l'objet d'une nouvelle évaluation après une autre période de trois ans, et que le gouvernement fédéral en finance la coordination nationale par l'entremise du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le RCCET a réalisé des progrès par rapport aux principales préoccupations signalées dans l'évaluation de 1999. Les responsables collaborent à l'heure actuelle avec les partenaires du réseau pour établir des normes à l'égard des sources de données et des techniques de collecte, ce qui accroîtra la comparabilité des données dans tout le

---

123 Alan Ogborne, *Évaluation du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)*, mars 1999, accessible à l'adresse suivante : www.ccsa.ca/ccendu/Reports/ccenduevalfr.htm.

124 *Ibid.*

Canada. La rapidité de diffusion de l'information demeure un problème, mais le RCCET s'est attaqué à cette difficulté en faisant appel à Internet pour la transmission des rapports réguliers et pour l'échange de l'information entre les coordonnateurs de site. Le RCCET continue à éprouver des difficultés de financement, mais le CCLAT a jugé ce projet prioritaire et a récemment embauché une conseillère en recherche nationale pour diriger le réseau.

iv) Santé, éducation et services de police en partenariat [125]

Le CCLAT coordonne également le réseau Santé, éducation et services de police en partenariat (SSPP) depuis sa création en 1994. Selon son site Web, ce réseau rassemble des intervenants clés des milieux de la santé, de l'éducation et des services de police qui sont fermement résolus à élaborer des stratégies de collaboration pour s'attaquer aux problèmes liés à l'usage et à l'abus de diverses substances.

Le réseau SSPP relève d'un comité directeur qui comprend des représentants des organismes suivants : le CCLAT, Santé Canada, Service correctionnel Canada, l'Association canadienne des chefs de police, le ministère du Solliciteur général (secrétariat et GRC), le ministère de la Justice (y compris le Conseil national de prévention du crime), la Commission nationale des libérations conditionnelles, la Fédération canadienne des municipalités, l'organisme Alcohol and Drug Concerns[126], l'Association canadienne des directeurs d'école, la Student Life Education Company (BACCHUS). Le comité directeur tient une réunion annuelle avec les membres du Comité fédéral-provincial-territorial sur l'alcool et les autres drogues, l'Association canadienne des chefs de police, la Section de la sensibilisation aux drogues de la GRC et d'autres intervenants, pour échanger de l'information, établir des liens et développer des réseaux afin de pouvoir maintenir des relations officieuses tout au long de l'année.

Parmi les activités du réseau SSPP, notons les suivantes :

- échange de renseignements sur la consommation et l'abus de substances au sein du réseau et avec des intervenants de l'extérieur;
- détermination des questions problématiques et échange de points de vue sur des sujets pertinents;
- proposition de politiques et de programmes pluridisciplinaires et multisectoriels en réponse aux recherches en cours;

---

[125] Les renseignements présentés dans la présente section proviennent du site Web du réseau Santé, éducation et services de police en partenariat, à l'adresse suivante : www.ccsa.ca/HEP/indexf.htm.

[126] Alcohol and Drug Concerns est un organisme caritatif national qui consacre ses efforts à la réduction des méfaits attribuables à l'abus de substances. Il s'intéresse surtout aux problèmes touchant les jeunes de 12 à 15 ans. On trouvera davantage de renseignements au site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.concerns.ca/homepage.htm.

- communication continuelle au moyen de bulletins d'information et de documents de mise à jour conjoints;

- utilisation du serveur de liste de diffusion du site Web du CCLAT;

- collaboration entre les partenaires en vue d'optimaliser l'efficacité des mesures qu'ils prennent.

Selon les renseignements généraux figurant sur le site Web du réseau SSPP, le réseau cherche avant tout à établir un équilibre entre la restriction de l'offre et la réduction de la demande dans les nombreuses mesures visant à résoudre les problèmes liés à la consommation et à l'abus de substances. Ses objectifs sont de favoriser une meilleure collaboration entre les intervenants des domaines de la santé publique, de l'éducation et des forces policières, un meilleur partage de l'information, une meilleure utilisation des ressources en éliminant les chevauchements et en encourageant les partenariats, et de participer à l'élaboration des politiques et programmes dans le domaine de la toxicomanie.

v) Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie

Le Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie du CCLAT a été créé en 1992 afin d'assurer le suivi des divers dossiers, d'élaborer des projets de politique et d'aider à coordonner l'élaboration des diverses politiques dans tout le Canada. Il rassemble des représentants d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux clés dans le domaine de la toxicomanie ainsi que des universitaires, des chercheurs et des décideurs[127]. Michel Perron, le directeur général du CCLAT, a précisé au Comité que le Groupe de travail s'occupe des questions particulièrement controversées ou difficiles, c'est-à-dire de celles dont un ministère fédéral ou un gouvernement provincial ne souhaiterait pas nécessairement s'occuper à lui seul.

Les membres du Groupe, qui acquittent eux-mêmes leurs dépenses personnelles, se rencontrent deux fois par année. Des documents de discussion ont été préparés sur diverses questions, notamment les principes directeurs de l'élaboration des politiques, l'échange de seringues, la réduction des méfaits, la politique relative au cannabis, le jeu compulsif, les tribunaux spécialisés en matière de drogues et l'incidence du tabagisme sur le traitement des toxicomanes.

---

[127] Les réunions du Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie sont présidées par Eric Single et rassemblent des membres respectés, notamment les personnes suivantes : John Borody (directeur général, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances), Laurie Hoenschen (Canadian Society on Addiction Medicine), Louis Gliksman (directeur, Recherche sociale et évaluation, Centre de toxicomanie et de santé mentale), Lisa Mattar Gomez (Santé Canada), Perry Kendall (médecin-chef de la Colombie-Britannique), Christiane Poulin (professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie), Ed Sawka (directeur des politiques, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission), John Topp (directeur, Pavillon Foster, Montréal), Brian Wilbur (directeur, Nova Scotia Drug Dependency Services).

vi) Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT)[128]

Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) a été établi récemment (en 2002) afin de servir de tribune aux dirigeants de divers organismes s'occupant de toxicomanies au Canada, et de pouvoir influer sur les politiques publiques concernant l'usage nocif de substances et la dépendance. Il regroupe des cadres supérieurs d'organismes canadiens créés en vertu d'une loi fédérale ou provinciale, ou par une autorité provinciale reconnue. Il compte actuellement des représentants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario. Le directeur général du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies siège au sein de ce conseil à titre de représentant de cet organisme.

vii) Conclusion

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a montré au cours des 14 dernières années qu'il était fermement décidé à remplir son mandat et ses responsabilités malgré les importantes compressions que le gouvernement fédéral a décrétées à l'égard de son financement de base. Grâce au dévouement de son personnel, à ses efforts d'autofinancement, à sa capacité de miser sur ses maigres ressources pour prendre des initiatives fructueuses, à son aptitude à établir des partenariats et à son souci d'innover, le Centre est devenu le principal organisme canadien dans le domaine des toxicomanies.

Lorsqu'il a été créé en 1988, le CCLAT a reçu une subvention fédérale de 2 millions de dollars à titre de fonds de démarrage, mais il était entendu que d'autres sommes seraient nécessaires pour lui permettre de remplir pleinement le mandat que lui conférait la loi. Ce financement initial devait également servir à obtenir du financement auprès d'autres paliers de gouvernement et d'organismes non gouvernementaux œuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Toutefois, lorsque la Stratégie canadienne antidrogue est venue à son terme en 1997, les fonds que le gouvernement fédéral versait au Centre ont été réduits de 75 %, c'est-à-dire à 500 000 $ par an. Le mandat du Centre est demeuré le même et la demande pour ses services a continué à croître. L'augmentation récente de la contribution fédérale à 1,5 million de dollars par an ne ramène même pas son financement au niveau de 1988.

Le Comité reconnaît que le CCLAT s'est acquitté de ses responsabilités avec des ressources très limitées et que s'il disposait d'un financement approprié, il pourrait jouer un rôle accru dans le contexte d'une stratégie fédérale antidrogue renouvelée et nettement devenir le chef de file, ici et à l'étranger, en matière de questions relatives à la consommation et à l'usage nocif de substances, au Canada. Pour déterminer les crédits de base qu'il serait raisonnable de lui accorder, le Comité a établi que, compte tenu de l'inflation, le financement de base annuel de 2 millions de dollars promis par le

---

[128] Les renseignements qui figurent dans la présente section sont tirés du témoignage de membres du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, devant le Comité, 29 août 2002.

gouvernement fédéral en 1988 équivaudrait à une somme de 2 820 755 $, en dollars de 2002. Le Comité reconnaît en outre que le contexte a évolué considérablement au cours des 14 dernières années. La demande pour les services du CCLAT a augmenté et continuera à augmenter dans le contexte d'une stratégie fédérale antidrogue renouvelée et de l'élargissement du mandat du Centre tel qu'il est recommandé dans le présent rapport. Le Comité recommande donc que les crédits fédéraux accordés au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies soient immédiatement portés à 3 millions de dollars afin de s'assurer que le CCLAT dispose des ressources nécessaires pour poursuivre son travail et entreprendre l'élaboration d'une nouvelle stratégie fédérale antidrogue.

b) Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)[129] — l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT)

À l'heure actuelle, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT)[130] est le principal institut au sein des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui attribue des fonds destinés à la recherche entourant les questions liées à l'usage nocif de substances et à la dépendance. L'INSMT accorde des fonds pour toute une gamme de problèmes de santé, notamment dans les domaines de la santé mentale, de la santé neurologique, de la vision, de l'audition et du fonctionnement cognitif. L'Institut appuie également la recherche visant à réduire l'incidence de troubles connexes, au moyen de stratégies de prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement, de systèmes de soutien et de soins palliatifs. Les politiques et stratégies de prévention de la toxicomanie ne constituent donc que l'un des nombreux secteurs de recherche que l'Institut subventionne.

Ainsi, les IRSC financent une grande équipe multidisciplinaire de recherche en santé qui regroupe 15 chercheurs de partout au Canada sous la direction du Dr Benedikt Fischer (université de Toronto et Centre de toxicomanie et de santé mentale) et qui est en train de réaliser une étude comparative de cohortes chez des consommateurs d'opiacés illicites qui n'ont subi aucun traitement et ce, dans cinq villes canadiennes (Vancouver, Edmonton, Toronto, Montréal et Québec)[131]. Cette équipe de chercheurs tente d'améliorer la recherche, les traitements et la politique concernant les opiacées illicites au Canada. Le Comité reconnaît que ce type de recherche fait désespérément défaut et devrait être encouragé sur le plan financier.

---

129 Les IRSC constitue le principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé. Leur objectif est d'exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé du Canada. On trouvera plus de renseignements à ce sujet au site Web de l'IRSC, à l'adresse suivante : www.cihr-irsc.gc.ca/about_cihr/overview/who_we_are_f.shtml.

130 L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies est l'un des 13 instituts qui font partie des Instituts de recherche en santé du Canada, organisme qui finance la recherche et la formation dans des domaines précis intéressant les Canadiens.

131 B. Fischer, *et al.*, Étude de cohortes OPICAN (2002) (EIRS/IRSC).

L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, en partenariat avec l'Institut de la santé des Autochtones (ISA), a également soutenu la création d'un Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones (RNRSMA). Ce réseau a reçu des fonds des IRSC couvrant une période de quatre ans pour mener des recherches en partenariat avec des collectivités autochtones et des chercheurs universitaires, et pour renforcer les capacités de recherche de manière à s'attaquer aux préoccupations et aux besoins urgents, dans le domaine de la santé mentale, des peuples autochtones vivant en milieu rural ou urbain. Ce réseau pourrait permettre de produire des données indispensables sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance chez les peuples autochtones. Les résultats de ces travaux ne seront toutefois pas connus avant de nombreuses années.

Malgré ces efforts, de nombreux témoins entendus par le Comité soutenaient que le mandat beaucoup trop vaste de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) l'empêchait de se concentrer sur la recherche en matière de toxicomanies.

> *L'institut qui compte le conseil dont je fais partie — l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies — s'applique très sincèrement à régler tous les problèmes terribles liés à la situation actuelle de la recherche dans le domaine des toxicomanies. Son mandat est large. Il doit aussi s'occuper de santé mentale, de neurosciences, de problèmes de la vue et de problèmes de l'ouïe. Je suis le seul membre du conseil, qui compte 15 personnes, qui évolue dans le domaine des toxicomanies. Je suis entouré de spécialistes des neurosciences et de la santé mentale. Il faut [lui] donner un certain temps, pour voir combien [il va] progresser, puis revoir l'idée.*

> *Je n'ai toujours pas renoncé à l'idée qu'à un moment donné, dans un avenir pas trop éloigné, la prochaine fois que les décideurs se pencheront sur la composition des ICRS, ils vont envisager de créer un institut distinct qui ne s'occuperait que des toxicomanies. Je crois que les problèmes sociaux et sanitaires associés à la toxicomanie, étant donné leur ampleur, le justifient. C'est la cause approximative d'un décès sur cinq au Canada, et c'est la raison pour laquelle nombre des déterminants de la santé sous-jacents indiquent des déficiences dans la santé de la population*[132].

Étant donné l'ampleur et les conséquences des problèmes relatifs à l'usage nocif de substances au Canada, le Comité estime que l'actuel INSMT devrait mettre davantage l'accent sur la recherche sur les toxicomanies.

---

[132] Eric Single, témoignage devant le Comité, 7 novembre 2001.

c) Autres initiatives fédérales

Le Centre de recherche en toxicomanie (CRT) a été créé en novembre 1999 et a officiellement ouvert ses portes le 18 mai 2001. Le Centre est responsable de toutes les activités de recherche-développement en toxicomanie qui relèvent du mandat du Service correctionnel du Canada (SCC). Il est d'ailleurs entièrement financé par le SCC. Son mandat est le suivant :

- Contribuer à la gestion des problèmes de toxicomanie dans l'univers pénal en vue d'accroître la sécurité publique;
- Améliorer les politiques, les pratiques de gestion et les programmes correctionnels relatifs à l'abus de substances en rassemblant et en diffusant des connaissances et de l'expertise;

Le Centre a également adopté les objectifs suivants :

- Répondre aux besoins en recherche appliquée du SCC relativement à ses diverses politiques, programmes et pratiques de gestion;
- Établir des relations de travail coopératives et complémentaires avec ses partenaires;
- Fournir un cadre de travail propice aux chercheurs de réputation internationale (le Centre peut accueillir jusqu'à quatre chercheurs invités et loger jusqu'à trois personnes);
- Promouvoir la recherche sur les toxicomanies et les services correctionnels;
- Favoriser la formation et le perfectionnement des chercheurs.

Depuis son inauguration en 2001, le Centre a mené des travaux de recherche dans un certain nombre de domaines, notamment sur les sujets suivants : les besoins uniques des délinquants autochtones associés à l'usage nocif de substances; les besoins spéciaux des femmes ainsi que les modes de consommation et d'usage nocif de substances propres à chaque sexe; le syndrome d'alcoolisme fœtal; l'évaluation de l'efficacité des unités de soutien intensif au sein des établissements correctionnels; l'efficacité des programmes de traitement à la méthadone; l'efficacité des programmes d'analyse d'urine aléatoire et obligatoire; la mise à jour des outils d'évaluation utilisés dans les établissements correctionnels pour déterminer la gravité des toxicomanies observées chez les contrevenants[133].

---

[133] Ross Toller, directeur général, Programmes et réinsertion sociale des délinquants, Service correctionnel Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

Le Centre de recherche en toxicomanie a également organisé en 2002 un forum international sur les priorités de recherche dans le domaine de la consommation et de l'usage nocif de substances dans le secteur correctionnel. Ce forum était coparrainé avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal. Il a rassemblé 160 délégués (chercheurs, gestionnaires d'établissements correctionnels, responsables de programmes et intervenants en toxicomanie du secteur communautaire) en provenance de dix pays.

Enfin, il existe aussi d'autres initiatives fédérales visant à soutenir la recherche, la surveillance et la diffusion des connaissances relativement aux facteurs prédictifs et à l'étendue de la consommation et de l'usage nocif de substances. Ainsi, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida appuie les travaux de recherche menés sur le facteur de risque que constitue l'utilisation de drogues injectables, pour l'hépatite C et le VIH/sida. L'initiative sur le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) facilite le développement et la diffusion des travaux de recherche et des connaissances dans ce domaine précis. Par exemple, cette initiative a entraîné un examen des meilleures pratiques et une analyse de la situation de la recherche, des politiques, des méthodes et des programmes, de même que le cofinancement d'un service national d'information sur le SAF et les EAF par l'entremise du Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies du CCLAT.

3. ÉTABLIR LES RECHERCHES PRIORITAIRES ET LES RESSOURCES

Le Comité est bien conscient des activités de recherche en cours et des travaux menés à l'heure actuelle dans le domaine de la gestion de l'information et des connaissances. Toutefois, il a observé qu'il existe d'importantes lacunes dans les connaissances sur la consommation et l'usage nocif de substances, que la coordination des activités actuelles laisse à désirer et que les ressources consacrées à la recherche sont insuffisantes. Il en conclut qu'il faut accroître et mieux coordonner la recherche qui s'effectue au Canada sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance.

Santé Canada, en collaboration avec le CCLAT et d'autres intervenants clés, y compris des consommateurs de substances, devrait notamment prendre les mesures suivantes : établir les priorités en matière de recherche afin d'élaborer des politiques fondées sur des données factuelles concernant la consommation et l'usage nocif de substances; créer des indicateurs[134] nationaux clairs sur lesquels tous les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux accepteront de recueillir des données

---

[134] Par exemple, les indicateurs suivants sont couramment utilisés pour évaluer l'usage et l'usage nocif de substances de même que la dépendance aux substances : le nombre de personnes ayant consommé une substance au cours des 12 derniers mois; le nombre de personnes qui suivent un traitement; le nombre de décès liés à des surdoses de drogues; les données sur la morbidité; des statistiques de justice pénale, notamment le nombre de saisies de substances illicites et le nombre d'infractions liées à la drogue.

annuellement. Des ressources doivent en outre être consacrées à la recherche en toxicomanies afin de permettre au Canada de relever les défis que lui posent ces problèmes sociaux et sanitaires d'une grande complexité.

4. CONSTATATIONS DU COMITÉ — RECHERCHE ET CONNAISSANCES

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

- √ *Il y a un manque criant de données sur la nature, l'importance et les tendances de la consommation et de l'usage nocif de substances, et sur la dépendance. Il y a aussi un manque de coordination en ce qui a trait à la recherche, aux données et aux meilleures pratiques au Canada.*

- √ *Les États-Unis et l'Europe investissent des sommes importantes dans la recherche sur les toxicomanies. En comparaison, le Canada fait piètre figure à cet égard. En fait, au cours des dernières années, le gouvernement américain a dépensé six fois plus d'argent que le gouvernement canadien pour soutenir la recherche sur les toxicomanies qui est effectuée ici même au Canada. Par ailleurs, il faudrait en outre recourir davantage aux études de recherches internationales, lorsqu'il y a lieu.*

- √ *Pour réaliser des recherches innovatrices et concrètes sur la consommation et l'usage nocif de substances et sur la dépendance, il faut disposer de ressources soutenues, et consacrées en propre à ces activités. Ces recherches permettront de comprendre beaucoup mieux le phénomène de la consommation de substances psychoactives au Canada et, partant, de concevoir des politiques et programmes ayant une incidence véritable sur la vie des Canadiens, de leurs familles et de leurs collectivités.*

- √ *Il faut établir un système d'alerte rapide permettant de prévenir la population et les intervenants de l'apparition dans les rues d'une nouvelle substance psychoactive ou drogue synthétique, de manière à ce qu'ils aient accès sans tarder à de l'information sur le mode de production, le trafic et la consommation de cette substance.*

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande que des enquêtes pancanadiennes soient menées à tous les deux ans dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, afin de déterminer la nature, l'importance et l'évolution de la consommation de toutes les substances psychoactives au Canada.

RECOMMANDATION 7

Compte tenu qu'il faut de toute urgence rassembler des données pancanadiennes sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance, et qu'il est rentable et avantageux d'avoir recours à une enquête régulière sur la santé pour recueillir ces données, le Comité recommande qu'on envisage sérieusement d'intégrer des questions sur toutes les substances licites et illicites, à tous les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, c'est-à-dire à tous les deux ans.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande que la contribution que le gouvernement du Canada verse au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies soit immédiatement portée à 3 millions de dollars et qu'elle soit ensuite augmentée annuellement suivant les recommandations formulées par le commissaire canadien aux drogues à la suite d'un examen et d'une vérification annuels des besoins et activités du CCLAT.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande que l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies se concentre davantage sur la recherche en toxicomanie.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada établisse, dans le cadre d'une nouvelle Stratégie canadienne antidrogue, un fonds de recherche spécial pour :

- **garantir la collecte, l'extraction et l'intégration régulières et systématiques de données régionales, provinciales et nationales sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance;**
- **soutenir les projets de recherche portant sur des questions clés relatives à la consommation et à l'usage nocif de substances;**
- **accroître le financement de la recherche sur la toxicomanie par l'entremise de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada.**

RECOMMANDATION 11

Le Comité recommande que Santé Canada, en collaboration avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et d'autres intervenants clés, y compris des consommateurs de substances, établisse les activités de recherche prioritaires qui bénéficieront du soutien du fonds de recherche spécial de la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue.

CHAPITRE 5 : TOXICOMANIE : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Trop souvent, on présente les toxicomanes comme des êtres complaisants, moralement corrompus et, de façon générale, responsables des problèmes sociaux et économiques de nos centres urbains. Une telle recherche de boucs émissaires est tout à fait improductive et occulte le véritable problème. De façon plus précise, la toxicomanie est au premier chef un problème de santé publique qu'on devrait aborder au moyen de programmes de prévention et de traitement[135].

Le VIH-sida et l'hépatite sont les deux maladies pour lesquelles un état d'urgence en matière de santé a été déclaré dans le quartier Downtown Eastside, et pourtant vous n'avez rien fait. Votre inaction a littéralement condamné mes frères et mes sœurs à la mort. Les taux de séropositivité et de sida s'apparentent à ceux de l'Afrique subsaharienne et nous sommes touchés à 100 % par l'hépatite C, je dis bien, à 100 %. Il n'y a personne là qui ne soit pas touché par cette maladie. Ces maladies et d'autres comme la tuberculose vont finalement coûter au réseau de la santé des millions et des millions de dollars.

Le plus rageant, c'est que tout cela peut être évité. On ne voit nulle part ailleurs dans le monde libre des pourcentages de surdoses plus élevés. Nous avons perdu 147 personnes l'année dernière. En plein jour, samedi dernier, nous avons perdu un jeune adolescent autochtone de 16 ans qui avait toute la vie devant lui. Ça devient insoutenable. Nous avons besoin ici d'action. Le maire a raison: nous avons un cadre d'action. Il a été élaboré et il s'appuie sur quatre grands piliers — répression, prévention, traitement et stratégies limitant les dommages — mais il est temps d'agir[136].

Le Comité, à l'instar de la vaste majorité des témoins qu'il a entendus, croit que la consommation et l'usage nocif de substances sont avant tout des questions qui relèvent du domaine de la santé publique. Selon les témoins, certaines villes canadiennes sont devenues le théâtre de « catastrophes en santé publique ». Le meilleur exemple? En 1997, le Conseil de santé de Vancouver-Richmond décrète un état d'urgence en raison de la prévalence du VIH dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, chez les toxicomanes qui se piquent. Montréal et Toronto assistent aussi à une flambée du taux de maladies et de décès attribuables à l'injection de drogues. La crise de la santé publique perdure et ne peut plus être ignorée. Pour la désamorcer, il faut appliquer des mesures intégrées, inspirées du modèle associé au domaine de la santé publique et comportant des éléments de prévention, d'éducation, de traitement, de réadaptation et de réduction des méfaits. Tous les intervenants en toxicomanie d'un bout à l'autre du

---

[135] Dr Mark Tyndall, directeur de l'épidémiologie, B.C. Centre for Excellence, Université de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

[136] Dean Wilson, porte-parole, Vancouver Area Network of Drug Users, témoignage devant le Comité, 5 décembre 2001.

Canada, y compris les autorités provinciales, territoriales et municipales, de même que les organismes non gouvernementaux, doivent adhérer à cette approche axée sur les interventions de santé publique.

1. PRÉVENTION ET ÉDUCATION

> *Il y a une chose qui fait gravement défaut au Canada, c'est la prévention et la sensibilisation. C'est certainement là qu'il faut mettre l'accent si on veut maximiser notre investissement. Le gouvernement fédéral consacre beaucoup d'efforts à la réduction du tabagisme. On voit Elvis Stojko sur la patinoire aux Jeux Olympiques, et c'est merveilleux. Par contre, on n'entend aucun message de prévention concernant l'alcool ou les drogues*[137].

Les recherches révèlent qu'un grand nombre de jeunes goûteront au tabac, à l'alcool ou aux drogues. Toutefois, « certains sont consommateurs, d'autres non, et certains consomment au point de connaître des problèmes »[138]. Les coûts sociaux, médicaux et économiques imputables à la toxicomanie et à la dépendance ont été clairement établis[139]. La vaste majorité des témoins, de même que les membres du Comité, s'entendent pour dire qu'il faut d'abord s'employer à prévenir la consommation précoce, à réduire les risques de progression dans la consommation, à sensibiliser les jeunes toxicomanes aux méthodes sécuritaires et à réduire les méfaits liés à la toxicomanie et à la dépendance. La prévention et l'éducation sont des éléments clés de la Stratégie canadienne antidrogue.

> *La prévention est un élément vital de toute stratégie antidrogue. Nous devons adhérer à ses principes non seulement en paroles, mais aussi au moyen de mesures concrètes grâce auxquelles nous pourrons mettre des programmes en place de façon adéquate et cohérente, tout en sachant qu'ils exigent un engagement à long terme. La prévention constitue non seulement le volet le plus positif de toute stratégie antidrogue et de toute approche exhaustive des drogues, mais elle représente de surcroît le volet le plus efficient*[140].

Comment définir la prévention? Il s'agit d'un concept général qu'on peut décrire comme un continuum d'activités visant diverses populations à divers moments de leur vie. Il existe trois grandes catégories de prevention : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée[141].

---

137 Michel Perron, président, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies; directeur général, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, témoignage devant le Comité, 29 août 2002.

138 Christiane Poulin, professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, témoignage devant le Comité, 17 avril 2002.

139 Eric Single *et al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996.

140 Dr Colin Mangham, directeur, Prevention Source B.C., témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

141 Les termes prévention universelle, sélective et indiquée sont apparus vers la fin des années 1980 et remplacent aujourd'hui les notions de prévention primaire et secondaire, la prévention tertiaire équivalant au traitement.

- Les activités de **prévention universelle** s'adressent à l'ensemble de la population, qu'elle soit à risque ou non, et visent à promouvoir un style de vie sain ou à retarder le moment où une personne consomme pour la première fois. En font partie les programmes scolaires tels que DARE, les campagnes de sensibilisation du public, les étiquettes relatives à la santé et les lois sur l'âge minimum pour la consommation d'alcool.

- Les activités de **prévention sélective** visent les groupes ou les personnes qui présentent un risque beaucoup plus élevé de devenir toxicomanes que la moyenne. En font partie les programmes communautaires de mentorat, de tutorat et d'autonomie fonctionnelle, les activités récréatives de remplacement et les groupes pour jeunes vivant dans des quartiers défavorisés ou infestés par la drogue.

- Les activités de **prévention indiquée** s'adressent aux consommateurs présentant des signes précoces d'usage nocif et qui risquent fort de devenir toxicomanes ou dépendants. En font partie les programmes d'approche qui favorisent la participation des jeunes en vue de réduire les méfaits liés à des comportements à risque.

Selon Christiane Poulin, professeure agrégée à l'Université Dalhousie et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en santé des populations et en toxicomanie, il faut examiner les programmes de réduction des méfaits s'adressant aux adolescents ordinaires qui fréquentent l'école afin de déterminer si cette approche devrait ou non faire partie intégrante des programmes de prévention ou d'éducation dans les écoles.

> *Je vais maintenant vous donner la définition de Patricia Erickson, criminologue. Elle a été publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne. Sa définition, s'agissant de réduction des méfaits chez les adolescents scolarisés, comporte plusieurs éléments. C'est de l'éducation sur, plutôt que contre, la drogue — les faits. Cela englobe tous les faits, aussi bien les avantages que les risques. C'est une information crédible, exacte — pas de propagande. Elle reconnaît l'attrait des drogues, les raisons pour lesquelles les adolescents les consomment, mais aussi l'envers de la médaille — les risques et les conséquences. Et enfin, elle tient compte du stade de développement où en est l'adolescent. Il y a un monde de différence entre un jeune de 12 ou 13 ans et un de 18 ou 19 ans sur le plan des décisions qu'ils sont capables de prendre. Un adolescent de 18 ans possède le droit de vote.*
>
> *Je vous ramène maintenant au continuum de risque car c'est la façon la plus concrète que nous ayons pu trouver ici, en Nouvelle-Écosse, d'appréhender la réduction des méfaits. Nous avons donc une population d'adolescents. Certains sont consommateurs, d'autres non, et certains consomment au point de connaître des problèmes. Nous devons nous occuper de tous, là où ils sont. L'idée est de ramener les adolescents de la partie haute du continuum, la zone rouge, dans la*

zone verte. Certains adolescents ne deviendront jamais abstinents, mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient confrontés à des conséquences aussi désastreuses que ce que l'on voit actuellement[142].

Le Comité approuve la recherche novatrice en cours dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour les jeunes Canadiens, qu'elle soit l'œuvre de Mme Poulin ou d'autres chercheurs. Il espère que les travaux se poursuivront et que la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue les appuiera.

Indépendamment de ces travaux de recherche, le Comité partage l'avis de la majorité des témoins entendus, qui déplorent la rareté des fonds et des ressources consacrés à la prévention au Canada. Cette situation en contrarie beaucoup, puisque la Stratégie canadienne antidrogue voit la prévention comme l'une des interventions les plus économiques. Jody Gomber, alors directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, à Santé Canada, a déclaré au Comité qu'on accordait très peu de ressources aux programmes de prévention, étant donné que les activités de prévention et d'éducation relèvent, dans une large mesure, des provinces :

Nous consacrons très peu de notre budget à la prévention. Là encore, si je pense à tous les acteurs en cause dans la Stratégie canadienne antidrogue, une bonne part des activités de prévention sont de compétence provinciale. Elle relève des provinces qui ont la responsabilité du système scolaire. Elle relève des provinces car elle passe par diverses organisations communautaires. Nous consacrons donc très peu d'argent nous-mêmes à la prévention[143].

Cependant, Santé Canada appuie certaines mesures de prévention par l'entremise d'autres activités relevant de son portefeuille. Elles s'adressent aux populations à risque élevé — Autochtones, femmes, enfants et jeunes. Elles visent aussi certains problèmes de santé publique en particulier, notamment le VIH et le sida, l'hépatite C ainsi que le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF)[144]. Des documents d'information ont été distribués à ces groupes à risque[145].

---

142 Christiane Poulin, professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, témoignage devant le Comité, 17 avril 2002.

143 Jody Gomber, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

144 Au Canada, il naît au moins un enfant par jour souffrant du syndrome d'alcoolisme fœtal. Jusqu'à 3 bébés sur 1 000 naissances en sont atteints, encore plus dans certaines communautés autochtones.

145 Voici quelques exemples de ces documents : *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes — Un compendium des meilleures pratiques*; *Meilleures pratiques — Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*; *Analyse de la situation — Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. On peut obtenir ces documents au site Web de Santé Canada, sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore et en braille.

La prévention universelle, qui vise les déterminants de la santé, se concrétise principalement par le truchement d'« Initiatives pour le développement de la petite enfance » (Programme d'action communautaire pour les enfants, Programme canadien de nutrition prénatale, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, par exemple). En 1999, le fédéral a accordé 11 millions de dollars sur trois ans pour l'amélioration du Programme canadien de nutrition prénatale, afin de s'attaquer plus particulièrement au SAF et aux EAF et d'améliorer la santé des femmes enceintes. Une partie de cet argent a servi à lancer une campagne nationale de sensibilisation au SAF et aux EAF, en collaboration avec les provinces et les territoires. Par ailleurs, toujours dans ce domaine, grâce au Fonds d'aide aux projets stratégiques pour le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus, plus de 1,7 million de dollars sont allés à des projets stratégiques locaux, notamment pour former les intervenants de première ligne.

Le fédéral offre des services de santé publique et de promotion de la santé aux Premières nations vivant dans des réserves et aux Inuits. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Santé Canada, finance plus de 500 programmes communautaires de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits, par l'entremise de son Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones. En outre, le Budget fédéral de 2001, a prévu le versement de185 millions de dollars sur deux ans pour améliorer le bien-être des enfants autochtones. Une partie de cet argent ira au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et à d'autres projets visant à réduire l'incidence du SAF et des EAF dans les réserves[146].

Pour contrer le tabagisme, la Stratégie de contrôle du tabac de Santé Canada dispose d'un budget de 54,5 millions de dollars pour l'exercice 2001-2002. Le fédéral s'est engagé à y investir plus de 480 millions de dollars sur les cinq prochaines années. Cet argent servira à améliorer les programmes existants, et 210 millions seront consacrés à des campagnes de sensibilisation visant les Canadiens de tous les groupes d'âge, particulièrement les jeunes et les populations à risque.

Voici d'autres mesures fédérales de prévention :

- Plus de 150 projets communautaires liés à l'abus de substances sont financés en vertu de la Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime (SNSCPC), d'un bout à l'autre du Canada depuis 1998 (de nombreux projets pilotes visant à approcher et à aider les jeunes à risque ainsi que les enfants et adolescents autochtones). Les dépenses dans ce domaine sont évaluées à 1 million de dollars pour l'année 1999-2000[147].

---

146 Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques vise à répondre aux premiers besoins liés au développement des jeunes autochtones vivant dans des villes ou de grandes collectivités nordiques.

147 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001.

- Le Service de la sensibilisation aux drogues de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) coordonne divers programmes : DARE; La prévention des traumatismes attribuables à l'alcool et aux comportements à risque chez les jeunes (PARTY); La drogue et le sport; Dans les deux sens; Les parents, les enfants et les drogues; La solution gagnante — Les drogues en milieu de travail; Le bouclier autochtone; La course contre les drogues[148]. On estime à 4 millions de dollars les sommes dépensées par la GRC dans ce domaine pour l'exercice 1999-2000[149]. La GRC compte 31 employés fédéraux à temps complet pour coordonner des exposés de sensibilisation d'un bout à l'autre du Canada. « De ce nombre, 14 ont été donnés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue »[150].

- Pour les programmes administrés dans les pénitenciers fédéraux par le Service correctionnel du Canada, les dépenses s'élèvent à 8 millions de dollars en 1999-2000[151]. Comme la vaste majorité des détenus retourneront un jour dans la collectivité, le Service correctionnel considère ces programmes comme étant de nature préventive[152].

DARE est le programme scolaire de sensibilisation le plus connu au pays[153]. Le Comité a entendu une grande diversité d'opinions sur le rôle que devrait ou non jouer la police en matière d'éducation et de prévention ayant trait aux drogues. Des membres des forces de l'ordre ont parlé de leur participation aux programmes de sensibilisation dans les écoles de leur région en soulignant qu'il s'agissait d'un service de première importance pour la collectivité, et d'une excellente occasion de forger des liens avec les enfants alors qu'ils sont encore impressionnables. En revanche, plusieurs témoins doutent de l'efficacité de DARE, parce que le message qu'il véhicule, « Dites non à la drogue », décourage la franche discussion sur les risques que présente la drogue, surtout chez les élèves plus âgés. La GRC a indiqué que le programme DARE était en cours de révision en vue de mieux répondre aux besoins des différents groupes d'âge. D'autres intervenants soutiennent qu'il faut étudier et évaluer les mesures de prévention afin que les programmes d'éducation et de sensibilisation ne fassent pas plus de tort que de bien.

---

148 Consulter le site Web de la GRC pour plus de renseignements sur ces programmes : www.rcmp-grc.gc.ca/das_french/default_f.htm.

149 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001.

150 R. G. (Bob) Lesser, surintendant principal et officier responsable de la Sous-direction de la police des drogues, Direction des services fédéraux, Gendarmerie royale du Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

151 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada* de 2001, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001.

152 Ross Toller, directeur général, Programmes et réinsertion sociale des délinquants, Service correctionnel du Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

153 Le programme DARE (Drug Abuse Resistance Education) vient des États-Unis et s'adresse habituellement aux élèves des 5e et 6e années du primaire. Un agent formé les rencontre en classe une journée par semaine pendant 17 semaines. Les enfants apprennent à résister à la drogue et à la violence en développant des compétences personnelles et des techniques pour parer à la pression des pairs et à l'influence des médias. Pour plus de renseignements, consulter le site Web à l'adresse suivante : www.dare.com/Curriculum/Default.asp?N=Curriculum&M=10&S=0.

Par ailleurs, on s'emploie actuellement à vérifier dans quelle mesure le programme DARE empêche les adolescents de commencer à consommer et réduit leur consommation[154].

Certains témoins dénoncent l'ignorance du public à l'égard de la consommation et de l'usage nocif de substances, les rares informations qui circulent à ce sujet n'étant ni exhaustives ni fondées sur des preuves.

D'autres témoins doutent de l'efficacité d'un message de type « dites non à la drogue », étant donné que nous sommes bombardés de publicités nous incitant à avaler une pilule au moindre problème. Le Comité partage l'opinion de nombreux témoins, à l'effet que les mesures de prévention et d'éducation devraient tenir compte de la complexité de la consommation normale et nocive de substances.

Enfin, certains témoins déplorent le manque de formation sur les questions liées à l'usage nocif de substances des soignants et autres intervenants du milieu. Ils estiment qu'en leur offrant de l'information plus précise et une formation mieux adaptée, la prévention et la prestation des services de toxicomanie gagneraient en efficacité.

Le Comité, tout comme la plupart des témoins entendus, estime que la prévention peut avoir une incidence considérable sur la sûreté, la sécurité, la santé et la qualité de vie générale des Canadiens. Les mesures de prévention peuvent produire des fruits, pourvu qu'elles soient cohérentes, durables et exhaustives, comme celles visant à contrôler le tabagisme et à décourager la conduite en état d'ébriété.

> *La prévention est efficace. Nous le savons parce que nous en avons constaté les résultats dans d'autres domaines. Ainsi, les campagnes de lutte contre la conduite en état d'ébriété, les campagnes visant à amener les gens à porter leur ceinture de sécurité ou à cesser de fumer sont autant d'exemples de campagnes de prévention efficaces. Chaque fois que je vois les publicités à la télévision ou les autres mesures qui sont utilisées dans le cadre de ces campagnes, je me demande pourquoi nous ne faisons pas de même pour prévenir l'abus des drogues. Nous n'avons jamais eu d'effort concerté à ce chapitre*[155].

Le Comité croit que la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation du public à l'échelle du pays devrait constituer une priorité pour le gouvernement du Canada. Ces campagnes médiatiques devraient d'abord viser à promouvoir des styles de vie sains et à renseigner le public sur les médicaments et les drogues et leurs effets sur la santé. Il faudrait aussi en surveiller l'efficacité, sans oublier que la prévention de la consommation de drogues et de l'usage nocif de médicaments est un processus à long terme dont les résultats ne se manifesteront pas avant de nombreuses années.

---

154 Debra Williams, présidente, Comité d'évaluation DARE de l'Alberta, témoignage devant le Comité, 23 mai 2002.

155 Chuck Doucette, sergent d'état-major, coordonnateur provincial, Section de la sensibilisation aux drogues, Division « E », Gendarmerie royale du Canada, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

Le Comité pense aussi que les stratégies de prévention et d'éducation devraient être coordonnées avec les autorités provinciales, territoriales et municipales et les organismes communautaires, et compter sur la participation de divers intervenants du secteur de la santé, de l'éducation et de la police, de même que des parents et des jeunes. Ces stratégies devraient servir à améliorer la capacité des collectivités en renforçant leurs infrastructures locales de santé publique.

Les campagnes de prévention et d'éducation doivent :

- reposer sur des preuves scientifiques et diffuser de l'information exacte sur les médicaments et les drogues;
- porter sur les avantages et les risques de la consommation;
- porter sur les facteurs de protection, les facteurs de risque et le ressort psychologique;
- être exhaustives et tenir compte des déterminants généraux de la santé;
- être claires et cohérentes;
- être adaptées aux diverses étapes de la vie (les spécialistes affirment que la prévention doit commencer à un très jeune âge et se poursuivre à long terme);
- encourager les attitudes et les choix sains;.
- promouvoir la responsabilité personnelle;
- compter sur des porte-parole crédibles.

1.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — PRÉVENTION ET ÉDUCATION

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

√ *Il faut de toute urgence mettre en œuvre des activités d'éducation et de prévention réalistes et fondées sur la santé pour encourager les gens à prendre les bonnes décisions, les informer sur les psychoactives et les risques s'y rattachant, et promouvoir la santé et le bien-être des personnes et des collectivités.*

√ *Les activités de prévention et d'éducation devraient cibler, en priorité, les groupes clés qui risquent fort de développer des habitudes de consommation nocive.*

√ *Les messages de prévention devraient être conçus en fonction de l'âge, du revenu et de la scolarité des groupes et des populations visés.*

- *Le Comité reconnaît qu'une vaste majorité de Canadiens estime que l'abstinence est la meilleure façon de prévenir toute forme de dépendance. D'ailleurs, l'abstinence permet d'adopter des comportements sains et sécuritaires.*

- *La Stratégie canadienne antidrogue devrait tenter de combler les lacunes dans les services offerts aux Autochtones vivant dans des villes et à l'extérieur des réserves.*

- *La marginalisation et la stigmatisation dont les toxicomanes font l'objet ont entraîné ce qu'on pourrait appeler une « conspiration du silence » au sujet de l'incidence de la toxicomanie et de ses ravages sur les personnes, les familles et les collectivités. Ce silence explique, en partie, l'ignorance du public quant à la consommation de drogues au pays. Il faut rompre ce silence.*

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, accorde des ressources et des fonds soutenus pour concevoir et lancer des programmes de prévention et de sensibilisation du public à l'égard de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales et les organismes communautaires.

RECOMMANDATION 13

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, alloue des fonds pour concevoir et lancer des campagnes de prévention et d'éducation à l'échelle du pays portant sur la consommation, l'abus et la dépendance.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, appuie la diffusion de renseignements à jour sur la toxicomanie et la dépendance et la prestation de cours de formation appropriés à l'intention des professionnels de la santé et de tous les fournisseurs de services travaillant dans le domaine de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales et territoriales.

2. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

L'usage nocif de substances et la dépendance constituent des problèmes de santé complexes qu'on ne peut isoler du contexte socioéconomique dans lequel ils se produisent. Dans de nombreux cas, les personnes qui développent des habitudes de consommation abusive présentent aussi des antécédents difficiles : situation de victime, agression sexuelle et physique, violence familiale, troubles mentaux, difficultés d'apprentissage, échec scolaire, criminalité. C'est pourquoi les traitements ne sont jamais simples et devraient toujours faire partie d'un continuum de soins comprenant l'accès à d'autres services sociaux : logement abordable, éducation et formation professionnelle, par exemple[156]. Le Comité est convaincu qu'une approche holistique adaptée aux hommes et aux femmes et reconnaissant l'importance de l'intégration des partenariats et des services est une composante essentielle de la prestation des programmes et des services de traitement et de réadaptation.

L'approche, la philosophie, les principes et les buts des services de traitement et de réadaptation ne sont pas tous identiques. Il existe plus d'un type de traitement : désintoxication médicale, programmes externes ou de jour et traitement interne à court ou long terme. Pour la plupart des fournisseurs de services, les traitements visent l'abstinence à vie. Toutefois, dans certains cas, l'abstinence n'est pas nécessairement envisageable à court terme; il vaut mieux, parfois, se borner à endiguer la crise et à réduire les méfaits, un premier pas vers un mode de vie plus sain. Cela s'applique particulièrement aux adeptes des opiacés et de la cocaïne, substance entraînant une grave dépendance psychologique très difficile à éradiquer. Il existe de nombreux types de thérapies et de médicaments pour traiter la dépendance; la méthadone pour opiomanes, par exemple. La méthadone est aujourd'hui la seule substance opiacée autorisée au Canada pour les traitements à long terme; les programmes d'entretien à l'héroïne ne sont pas encore approuvés.

a) Prestation des services : rôle du gouvernement fédéral

La mise sur pied et la prestation des services de traitement pour alcooliques et toxicomanes sont avant tout du ressort des provinces et des territoires, bien que le gouvernement fédéral participe aussi à leur financement par le truchement d'accords de contribution. La part des provinces et des territoires, supérieure à celle du gouvernement fédéral, provient des impôts, des fonds d'assurance-santé et des transferts fédéraux relevant de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certains programmes fédéraux servent aussi à financer des services pour toxicomanes. Par exemple, le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, par l'entremise de son Programme de traitement et de réadaptation, verse 14 millions de dollars aux provinces et aux territoires, selon le principe de partage des coûts, pour les aider à optimiser leurs interventions auprès des personnes alcooliques et dépendantes à d'autres substances psychoactives. Il s'agit là

---

[156] Voir notamment le témoignage de la Dre Peggy Millson devant le Comité, 18 février 2002.

d'une facette essentielle de la Stratégie canadienne antidrogue, car elle permet aux fonctionnaires de tous les paliers de se réunir pour discuter des enjeux et de rédiger des documents sur les meilleures pratiques.

Par ailleurs, l'administration fédérale joue un rôle particulier dans la prestation des soins de santé aux Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits. La toxicomanie est un véritable fléau chez les Premières nations : 62 % des personnes de 15 ans et plus voient l'abus d'alcool comme un problème au sein de leur collectivité et 48 % en pensent autant de la drogue. L'inhalation de solvants est alarmante : 22 % des jeunes ayant déclaré en inhaler sont des consommateurs chroniques[157]. Pour freiner cette tendance, le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA), qui relève de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, finance des services de traitement à l'intention des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits. À l'heure actuelle, on dépense 70 millions de dollars par année pour le PNLAADA, dont voici l'objectif : aider les Premières nations et les Inuits de même que leurs collectivités à établir et à offrir des programmes pour réduire le taux élevé d'alcoolisme et de toxicomanie chez les populations cibles des réserves[158].

Le PNLAADA en est maintenant à sa 15e année et comporte un réseau de 54 centres de traitement offrant environ 700 lits pour patients internes. Une bonne partie des ressources du programme (96 %) sont directement gérées par les Premières nations par le truchement d'accords de contribution ou de transfert.

> *L'utilisation du programme a été de 4 616 clients en 1999-2000. Le taux d'achèvement a été de 66 %. Le taux de récidive a été de 30 %. Quarante-trois pour cent des clients sont admis pour abus d'alcool, 20 % pour un abus de drogues et 24 % pour un abus de drogues et d'alcool*[159].

Le pays compte neuf centres où l'on traite les problèmes d'inhalation de solvants chez les Autochtones. Six d'entre eux sont financés par Santé Canada. Huit centres s'occupent principalement des jeunes de 12 à 19 ans et un, des 16 à 25 ans. Au total, ils offrent 114 lits pour un coût de 13 millions de dollars par année. Depuis leur création, ils fonctionnent au-delà de leur capacité, puisqu'ils reçoivent au moins 228 clients par année[160]. Ces jeunes, dont c'est parfois le deuxième traitement, vivent souvent d'autres difficultés concomitantes : absentéisme scolaire, pensées suicidaires, dépendance dans la famille, victime d'exploitation ou d'agression sexuelle, violence familiale et problèmes

---

157 Renseignement tiré du site Web du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada à l'adresse suivante : www.ainc-inac.gc.ca/gs/soci_f.html.

158 Le cadre de référence du PNLAADA est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/dgspni/psc/pnlaada/publications/pnlaada_examen_generale.pdf.

159 Nick Hossack, gestionnaire principal, Équipe des toxicomanies, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, témoignage devant le Comité, 27 février 2002.

160 *Ibid.*

avec la justice. C'est un domaine assez nouveau et « le Canada est un des leaders mondiaux dans la recherche de solutions pour les personnes qui abusent de solvants »[161].

Les centres de traitement du PNLAADA et les centres de traitement de l'inhalation de solvants chez les jeunes participent à un programme d'agrément conçu par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Ensemble, ils formeront « le premier réseau à posséder un agrément dans toutes les [régions administratives] du continent »[162]. Le Comité reconnaît la valeur d'un tel processus et encourage les responsables de centres à penser aux avantages de l'agrément et les conseillers, à ceux de la certification.

Le Comité tient à exprimer son inquiétude pour ce qui a trait au bien-être des Autochtones vivant dans des centres urbains et à l'extérieur des réserves. Nombre d'entre eux habitent des quartiers défavorisés et risquent fort de développer des habitudes de consommation nocive et de devenir dépendants. Confusion et controverse sont au cœur du débat à savoir qui devrait se charger de leur offrir des services et des programmes. Résultat : les Autochtones vivant en milieu urbain et à l'extérieur des réserves « passent entre les mailles du filet ». Cette lacune devrait constituer une priorité de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée. On pourrait d'ailleurs fort bien régler le problème en instaurant un modèle de collaboration entre les diverses administrations en cause, à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain.

Le gouvernement fédéral est chargé aussi de la mise en œuvre des programmes de traitement destinés aux détenus purgeant une peine fédérale, aux membres de la GRC et aux Forces canadiennes ainsi qu'aux personnes n'ayant pas résidé assez longtemps dans une province ou un territoire pour avoir droit à des services de santé assurés[163]. Le Chapitre six donne plus de détails sur les traitements offerts aux détenus purgeant une peine fédérale et aux autres toxicomanes aux prises avec la justice.

---

161 John Graham, directeur exécutif, Charles J. Andrew Youth Restoration Centre, Sheshatshiu, Labrador, témoignage devant le Comité, 18 avril 2002.

162 Nick Hossack, gestionnaire principal, Équipe des toxicomanies, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, témoignage devant le Comité, 27 février 2002.

163 Gary Roberts et Alan Ogborne (en collaboration avec Gillian Leigh et Lorraine Adam), *Profil — Alcoolisme et toxicomanie — Traitement et réadaptation au Canada*, préparé pour le Bureau des drogues, de l'alcool et des questions de dépendance, Santé Canada, 1999, p. 10. Accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs.

b) Lacunes dans les services de traitement et de réadaptation au Canada

i) Disponibilité des traitements

L'un des principaux problèmes rapportés par les témoins porte sur les délais, surtout pour les soins en établissement. Les périodes d'attente sont attribuables à la pénurie de fonds et de places[164]. Nombre de facteurs sociaux, économiques et politiques viennent influencer l'accessibilité aux soins, qui n'est donc pas la même partout. Par exemple, il n'existe pratiquement pas de services en établissement pour les jeunes : selon une enquête menée en 1997 par Santé Canada, on dénombre seulement 207 programmes spécialisés pour adolescents[165].

> *... dans la cinquième ville de l'Amérique du Nord, soit Toronto, il n'y a pas de soins en établissement pour les jeunes. Thunder Bay est l'endroit le plus proche. C'est d'une importance primordiale pour la famille de participer au traitement de l'adolescent. Donc envoyer son enfant à Thunder Bay n'est tout simplement pas une bonne option*[166].

Des témoins ont affirmé que les services de traitement manquent cruellement de fonds et que certaines personnes en crise doivent attendre de deux à quatre mois pour se faire soigner. Pour les cas moins urgents, l'attente peut se prolonger jusqu'à six mois[167]. Selon les fournisseurs de soins, il est crucial que ces patients reçoivent les services nécessaires dès qu'ils en ont besoin. D'autres témoins préconisent la prestation de services mieux adaptés à la culture des Autochtones et au sexe des patients en traitement. Par ailleurs, les difficultés de transport jusqu'aux centres de traitement et l'absence de garderies pour les enfants des patients constituent aussi des obstacles. Le Comité estime que lorsqu'une personne est prête à se faire traiter, le personnel affecté aux services devrait pouvoir évaluer son cas et intervenir selon les besoins dans les plus brefs délais. Le Comité croit aussi que les traitements devraient tenir compte de la condition socioéconomique du patient, de son sexe et de sa culture.

De nombreux témoins dénoncent l'absence de services sociaux et de réadaptation visant à aider les jeunes, les adultes et les familles à se rétablir des conséquences de la consommation nocive de substances et de la dépendance. Il faut en effet répondre à

---

164 Une enquête menée en 1997 par Santé Canada estime à seulement 1 200 le nombre de programmes de traitement des alcooliques et des toxicomanes au pays : leur clientèle se compose en majorité d'alcooliques. Voir Gary Roberts et Alan Ogborne (en collaboration avec Gillian Leigh et Lorraine Adam), *Profil — Alcoolisme et toxicomanie — Traitement et réadaptation au Canada*, préparé pour le Bureau des drogues, de l'alcool et des questions de dépendance, Santé Canada, 1999, p. 6.

165 *Ibid.*, p. 21.

166 Dr Patrick Smith, vice-président, Programmes médicaux, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, témoignage devant le Comité, 29 août 2002.

167 Par exemple, voir le témoignage de Charlaine Avery, directrice clinicienne, Abbotsford Addictions Centre, témoignage devant le Comité, 6 décembre 2001.

d'autres besoins sociaux — emploi et logement, par exemple — pour éviter les rechutes et augmenter le taux de réadaptation fructueuse. Le Comité est persuadé qu'il faut s'attarder davantage à la réintégration sociale des personnes en voie de rétablissement.

> *Nous avons besoin de logements subventionnés axés sur l'abstinence où l'on soutient le rétablissement des hommes et des femmes. Il y a souvent des clients sur les listes d'attente pour les logements avec services de soutien. À l'heure actuelle, nous avons dix clients sur la liste d'attente de Harbour Light qui ont demandé des lits dans des logements avec services de soutien il y a deux mois et qui occupent encore des lits de traitement qui pourraient [être occupés] par des clients qui attendent d'être traités*[168].

ii) Traitement et réadaptation : les défis à relever

Certains témoins avancent que le profil des personnes cherchant à se faire traiter a évolué avec le temps : elles présentent en même temps une combinaison plus complexe de troubles physiques et mentaux. La polytoxicomanie est également à la hausse. Il est particulièrement difficile de traiter les personnes dépendantes qui souffrent aussi du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF et EAF). Les fournisseurs de services avouent ne pas disposer des ressources ou du personnel qualifié pour satisfaire aux besoins spéciaux de ces personnes.

> *Nous voyons davantage de femmes adultes en thérapie qui souffrent des séquelles du SAF ou des EAF, c'est pourquoi nous recherchons des façons de leur présenter de manière plus abordable pour elles le contenu pédagogique. Elles nous arrivent certainement avec quelques handicaps cognitifs et comportementaux et la psychothérapie et la thérapie de groupe traditionnelles ne donnent pas nécessairement de bons résultats dans leur cas et nous cherchons à adapter le modèle traditionnel*[169].

Selon une enquête réalisée en 1999, seule la Colombie-Britannique offre des services d'évaluation cognitive, sociale, comportementale et neuropsychologique aux adolescents et aux adultes souffrant du SAF ou des EAF[170]. Quatre provinces seulement (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba et Ontario) offrent aux médecins une formation sur le diagnostic de ces maladies. De plus, au moment de l'enquête, seul le Manitoba a déclaré avoir ouvert un « centre de traitement des dépendances pour les jeunes qui comprend des éléments spécifiques pour les jeunes atteints du SAF/EAF qui résident à Winnipeg »[171]. Le Comité est conscient des difficultés auxquelles sont confrontés les

---

168 Dean Tate, coordonnateur de programme, Salvation Army Harbour Light Center, Toronto, témoignage devant le Comité, 21 février 2002.

169 Cathy Wood, gestionnaire, Aventa, témoignage devant le Comité, 22 mai 2002.

170 C. Legge, G. Roberts, et M. Butler, *Analyse de la situation — Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Santé Canada, décembre 2000, p. 18. Accessible en ligne à l'adresse suivante : hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/splash.htm.

171 *Ibid.*, p. 25.

fournisseurs de services et convient qu'il faut intensifier la recherche en vue d'élaborer des normes de traitement qui répondraient mieux aux besoins des clients à problèmes multiples, notamment les adolescents et les adultes souffrant du SAF ou des EAF.

iii) Traitement de l'opiomanie

Plusieurs témoins ont indiqué au Comité que les utilisateurs de drogues injectables, en particulier ceux qui sont séropositifs ou sidéens, sont très marginalisés et ont plus difficilement accès aux programmes de traitement et de réadaptation. On estime que 125 000 toxicomanes s'injectent des drogues comme l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines ou les stéroïdes au Canada. Beaucoup d'utilisateurs de drogues injectables sont séropositifs ou sidéens, et un nombre plus grand encore est porteur de l'hépatite C. Les maladies infectieuses sont particulièrement fréquentes chez les cocaïnomanes. Comme l'effet de la cocaïne dure beaucoup moins longtemps que celui de l'héroïne, les cocaïnomanes peuvent s'en injecter jusqu'à 30 fois par jour, accroissant leur risque de contracter des infections véhiculées par le sang par des modes d'injection dangereux. Le taux global d'infection au virus de l'hépatite C (VHC) serait de 70 % à 80 % chez utilisateurs de drogue par injection au Canada. Environ 11 000 Canadiens seraient porteurs à la fois du VHC et du VIH et 70 % des infections seraient attribuables à la toxicomanie par injection[172].

Avant 1993, moins de 3 % des nouvelles infections à VIH au Canada étaient liées à la toxicomanie. En 1996, 33,7 % de tous les nouveaux cas de séropositivité chez les adultes découlaient de l'injection de drogue. En 2001, Santé Canada signalait que ce pourcentage était passé à 24,6 %. En outre, 14,4 % de tous les cas de sida signalés chez les adultes en 2001 étaient reliés aux drogues injectables, en baisse par rapport à 21,1 % en 1998[173]. Cette tendance à la baisse est encourageante mais le taux demeure alarmant. En outre, certains segments de la population sont à haut risque de contracter les maladies infectieuses et sont particulièrement touchés par la consommation de drogues injectables.

> *Le problème de l'injection de drogues et de l'infection par le VIH et l'hépatite C concerne tous les Canadiens. Toutefois, certains segments de la population sont particulièrement touchés ou même dévastés par l'injection de drogues et les méfaits qui en découlent. Je pense aux femmes qui se droguent, aux jeunes de la rue, aux détenus et aux membres des communautés autochtones — essentiellement des gens qui sont déjà à bien des égards marginalisés et qui connaissent déjà dans leur vie personnelle des difficultés autres que celles liées à la consommation de drogues par injection et qui ont des maladies chroniques comme le VIH ou l'hépatite C*[174].

---

172 Robert Remis, mémoire au Comité, 18 février 2002.

173 Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2001*, Santé Canada, 2002, p. 4-6. Accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/haic-vsac1201/index_f.html.

174 Glenn Betteridge, membre, Réseau juridique canadien VIH/sida, témoignage devant le Comité, 19 février 2002.

a) Traitement de maintien à la méthadone

Certains témoins affirment que les mesures pour traiter les opiomanes sont sous-développées au Canada. La disponibilité du traitement de maintien à la méthadone serait insuffisante. Ainsi, à Montréal :

> *Moins de 1 500 personnes sont actuellement sous traitement à la méthadone, alors que le nombre de places nécessaires pour atteindre 50 pour cent de ceux qui pourraient bénéficier du traitement est de 2 500. Plusieurs centaines de personnes sont actuellement en attente*[175].

La pénurie de médecins et d'autres soignants professionnels prêts à fournir ces traitements constitue un obstacle à la disponibilité du maintien à la méthadone. Certains médecins offrant le traitement de maintien à la méthadone sont apparemment tellement surchargés qu'ils ne sont pas en mesure de fournir un counselling et un soutien suffisant aux patients. On a signalé que certains toxicomanes ont dû quitter leur province pour avoir accès à des traitements de maintien.

> *Dans les Maritimes, nous n'avons pas suffisamment de médecins licenciés qui peuvent prescrire de la méthadone aux toxicomanes. Je sais qu'en ce qui concerne le programme de méthadone de Halifax, il y a des patients du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve qui s'installent à Halifax uniquement pour obtenir la méthadone, ce qui, à mon avis, est horrible. Je ne voudrais pas quitter mon milieu uniquement pour obtenir de la méthadone. Je crois qu'il faut une stratégie nationale de traitement à la méthadone*[176].

Pour nombre de toxicomanes, le traitement de maintien à la méthadone est une porte d'entrée aux traitements et peut réduire sensiblement les coûts sociaux et sanitaires de la toxicomanie par injection.

> *La méthadone est un substitut de l'héroïne qui peut être légalement prescrit, qui entraîne apparemment moins d'accoutumance et qui permet de garder le contact avec les héroïnomanes, de les stabiliser et éventuellement de réduire leur état de dépendance. Les programmes de substitution par la méthadone réduisent les risques de surdose étant donné que cette substance est contrôlée par un médecin; réduisent la transmission de maladies telles que le VIH et l'hépatite C; font baisser la criminalité associée aux besoins de se procurer de la drogue; enfin, diminuent la consommation de drogues en public*[177].

> *Je me crois d'abord dans l'obligation de révéler au Comité que je prescris de la méthadone et que je préside le Comité sur les opiacées agonistes de l'American Society of Addiction Medicine, et que je traite dans mon bureau la dépendance aux*

---

[175] Dre Carole Morissette, spécialiste en santé communautaire, témoignage devant le Comité, 13 juin 2002.

[176] Coleen Conway, directrice, Programme de surveillance des prescriptions de Nouvelle-Écosse, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

[177] Naomi Brunemeyer, directrice des communications, B.C. Persons With AIDS Society, témoignage devant le Comité, 5 décembre 2001.

opiacées avec des médicaments agonistes — autrement dit, la méthadone et autres drogues — ici au Canada ainsi qu'aux États-Unis. Je crois fermement que la recherche encourage l'utilisation de ces médicaments dans le traitement des dépendances aux opiacées[178].

La majorité des membres du Comité estime que les opiomanes canadiens devraient avoir accès au traitement de maintien à la méthadone et que ce traitement devrait comprendre les soins primaires, le counselling, l'éducation et d'autres services sociaux. Le Comité appuie le recours à ce traitement de substitution quand un médecin spécialement formé en assure la surveillance et que le traitement fait partie d'un programme de réadaptation structuré et bien contrôlé[179].

b) Traitement de maintien à l'héroïne

Pour ce qui est du maintien à l'héroïne, les Instituts canadiens de recherche en santé ont convenu de financer un essai de traitement à l'héroïne, à Vancouver, à Toronto et à Montréal, pour les toxicomanes résistant aux autres traitements[180].

En tant que scientifique, et c'est ce que je suis, j'étudie toujours les problèmes et je me dis : si j'applique des méthodes bonnes ou ingénieuses, à quoi cela aboutira-t-il? C'est le point où nous en sommes aujourd'hui avec l'essai en ce qui concerne la prescription d'héroïne.

J'ai été témoin de la catastrophe. Vingt pour cent des patients en soins actifs qui arrivent à notre hôpital sont des toxicomanes. Qu'allons-nous faire, laisser simplement le chiffre augmenter? Je peux vous dire que maintenant, les traitements ne sont pas très efficaces. Nous voyons les mêmes têtes, toujours. Ils arrivent; ils sont admis, disons, en psychiatrie; trois mois plus tard, ils sortent; quatre mois plus tard, les revoilà. Souffrant d'endocardite ou ayant contracté le VIH, ils se présentent à l'hôpital. Ils entrent à l'hôpital, ils obtiennent leur congé, puis ils reviennent.

Étant quelqu'un de pratique, je me dis qu'il est temps de briser le moule et d'étudier certaines des innovations qui ont été mises au point. [Faites] donc un essai à l'héroïne, parce que le statu quo n'est pas acceptable. Chaque semaine, une personne meurt du VIH à notre hôpital. Étant donné l'histoire naturelle de la maladie chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, nous allons

---

178 Dr Douglas Gourlay, Douleur et chimiodépendance, Centre de la gestion de la douleur Wasser, Fondation de l'hôpital Mont Sinai de Toronto, témoignage devant le Comité, 21 février 2002.

179 Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique contrôle l'administration du plus grand programme de traitement à la méthadone au Canada. Pour plus de renseignements sur ce programme complet et bien structuré, voir le témoignage de Peter Hickey devant le Comité, 28 août 2002.

180 On peut trouver les détails de cette étude sur l'essai à l'héroïne, intitulée « La prescription médicale d'héroïne — Tour d'horizon », dans la *Revue canadienne VIH/SIDA et droit*, volume 6 n[os] 1 et 2, au site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida à l'adresse suivante : www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6nos1-22001/f-issue.htm.

revenir au point où nous en étions quand je suis entré dans le domaine il y a dix ans, et il y a une personne par jour qui va mourir du VIH à mon hôpital, et ce sera presque toujours un toxicomane[181].

La majorité des membres du Comité reconnaît l'importance du projet pilote sur les essais cliniques, connu sous le nom de NAOMI (North American Opiate Medications Initiative), pour tester l'efficacité des traitements assistés à l'héroïne au Canada et encouragent leur mise en œuvre. La population cible est composée de personnes dépendantes aux opiacées (selon les critères du DSM-IV) âgés d'au moins 25 ans, qui ont des antécédents de dépendance aux opiacées depuis au moins cinq ans, d'injection depuis au moins un an et de traitement à la méthadone à deux reprises au moins. Les personnes qui souffrent d'une affection physique ou mentale grave et pour qui l'opium serait contre-indiqué, les femmes enceintes et les personnes incapables de signer un formulaire de consentement pour participer au projet pilote sont inadmissibles[182]. Le Comité convient que ces essais doivent comporter des protocoles d'évaluation scientifique rigoureuse.

2.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

√ *La plupart des intervenants et des soignants qui dispensent des traitements et des services de réadaptation au Canada sont des personnes dévouées qui effectuent un travail très difficile dans un contexte pénible (manque de ressources, de formation et d'information).*

√ *Au Canada, on constate un manque évident de services « à seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services »], d'options de traitement, de services de rétablissement et de soutien à long terme pour les toxicomanes, les familles et les collectivités qui sont aux prises avec des problèmes liés à l'usage nocif de substances psychoactives. Il s'agit là d'une lacune fondamentale qui témoigne d'un manque de vision dans le système de santé actuel.*

√ *Il faut comprendre les racines de la toxicomanie chez les populations à risque, comme les communautés autochtones, pour intervenir de manière efficace à l'égard de ce problème.*

---

[181] Dr Michael O'Shaughnessy, vice-président, directeur chargé de la recherche, Centre d'excellence en VIH-sida, Université de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

[182] Réseau juridique canadien VIH/sida, « La prescription médicale d'héroïne — Tour d'horizon », dans la *Revue canadienne VIH/SIDA et droit*, volume 6, n[os] 1 et 2, à l'adresse suivante : www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6nos1-22001/f-issue.htm.

- √ *La Stratégie canadienne antidrogue doit cibler nommément les jeunes autochtones et les collectivités autochtones établis en milieu urbain.*

- √ *La majorité des membres du Comité reconnaît l'importance du projet pilote visant à tester l'efficacité du traitement assisté à l'héroïne pour les héroïnomanes qui n'ont pas bien réagi au traitement de maintien à la méthadone, et en encouragent la mise en œuvre.*

- √ *Santé Canada doit activement faciliter, soutenir et évaluer le projet pilote de traitement assisté à l'héroïne.*

RECOMMANDATION 15

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement le concept d'un continuum de soins, y compris les services « à seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services »] et les services de traitement et de réadaptation à long terme, et qu'elle contribue à ce continuum, qui intégrerait la prestation de services sociaux comme élément essentiel.

RECOMMANDATION 16

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée inclue l'abstinence au nombre des options de traitement à accès élargi ayant fait leurs preuves.

RECOMMANDATION 17

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement la nécessité d'offrir un accès rapide à des services de traitement qui tiennent compte des particularités socio-économiques et culturelles, et du sexe de la personne traitée.

RECOMMANDATION 18

Le Comité recommande que l'élaboration et l'administration des traitements soient adaptées aux victimes du syndrome et des effets de l'alcoolisme fœtal (SAF et EAF) et aux toxicomanes souffrant de maladie mentale en même temps que d'un usage abusif et de dépendance.

RECOMMANDATION 19

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse le « traitement de substitution », tel le maintien à la méthadone, comme étant une partie intégrante d'une approche exhaustive en matière de traitement de l'opiomanie, comprenant les soins primaires, le counselling, l'éducation et d'autres services sociaux.

RECOMMANDATION 20

Le Comité recommande que les projets pilotes d'essais cliniques à Vancouver, Toronto et Montréal visant à tester l'efficacité du traitement à l'héroïne pour les personnes dépendantes qui résistent à d'autres formes de traitement soient mis en œuvre et qu'ils incorporent un protocole rigoureux d'évaluation scientifique.

RECOMMANDATION 21

Le Comité recommande la suppression des obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets pilotes visant à déterminer l'efficacité de nouveaux traitements des toxicomanes.

3. RÉDUCTION DES MÉFAITS

> *Qu'il s'agisse du marchand qui souhaite exploiter une entreprise, du groupe d'aînés qui tient à ce que les rues soient sûres, du gouvernement provincial qui tente d'équilibrer les budgets de la santé, des activistes politiques qui réclament la justice sociale, des policiers qui souhaitent réduire les taux de criminalité ou de la personne qui vit dans la rue et qui vient tout juste d'être témoin de l'overdose d'un ami, le statu quo n'est pas une option. On doit établir clairement auprès de tous les groupes touchés par la toxicomanie qu'une approche fondée sur la réduction des méfaits n'a pour but ni de promouvoir ni de légitimer la consommation de drogue. En fait, il s'agit plutôt qu'une approche rationnelle qui profitera à tous*[183].

L'objectif officiel de la Stratégie canadienne antidrogue est de « réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues chez les individus, les familles et les collectivités[184] ». La réduction des méfaits comme approche au traitement et à la gestion de la toxicomanie est devenue populaire durant les années 1980, quand on a commencé à percevoir la prolifération du VIH-sida comme une menace plus grave à la personne et à la santé publique que la toxicomanie. Dirigé à l'origine contre la toxicomanie par injection, le modèle de réduction de méfaits a été adapté depuis par de nombreux États à d'autres

---

183 Dr Mark Tyndall, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

184 Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, 1998, p. 4.

drogues, de même qu'à des produits licites comme l'alcool et le tabac. Selon la Stratégie canadienne antidrogue, la réduction des méfaits est une approche réaliste, pragmatique et humanitaire à la toxicomanie, par opposition aux interventions qui visent avant tout à réduire la consommation de drogue[185].

> *La réduction des méfaits n'offre pas de réponses définitives et de solutions rapides, mais, si on l'applique bien, elle peut répondre à des problèmes difficiles sans compromettre la qualité et l'intégrité de la vie humaine dans toute sa riche et diverse complexité [traduction]*[186].

a) Définition de la réduction des méfaits

Les témoignages reçus établissent clairement que la définition de la réduction des méfaits fait l'objet de débat et de controverse. Selon certains témoins cependant, la réduction des méfaits est souvent mal comprise et perçue à tort comme un encouragement à la consommation de drogue, tandis que la plupart conviennent qu'elle fait partie d'un continuum de soins qui peut inclure l'abstinence comme objectif à long terme. Le Comité estime qu'il est improductif de voir une dichotomie entre la réduction des méfaits et le modèle de traitement fondé sur l'abstinence, car les deux sont essentiels pour lutter contre les effets nocifs de la toxicomanie et de la toxicodépendance.

> *Par la notion de réduction des méfaits, on considère que, si certains consomment de la drogue, même si cela ne nous plaît pas ou si nous les désapprouvons, il faut essayer de les garder en vie et en bonne santé, en leur permettant d'éviter le sida et l'hépatite C de façon qu'ils puissent s'orienter vers des programmes de réadaptation et de traitement, notamment*[187].

b) Réduction des méfaits de la toxicomanie par injection

La portée du problème de la toxicomanie par injection et ses conséquences sur la santé ont fait l'objet d'un rapport récent d'un comité consultatif fédéral-provincial-territorial, intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*[188]. Les taux et les tendances de la toxicomanie par injection sont extrêmement mal connus. Malgré l'absence de chiffres précis, on estime qu'environ 12 000 utilisateurs

---

185 *Ibid.*

186 Dre Diane Riley, *The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994, p. 15.

187 Donald MacPherson, coordonnateur de la politique sur les drogues, Service de planification sociale, ville de Vancouver, témoignage devant le Comité, 4 décembre 2001.

188 *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population, le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, le Comité consultatif FPT sur le sida et le Groupe de travail FPT des représentants des Services correctionnels sur le VIH/sida, septembre 2001. Accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/publications/drogue_injection/tdm.htm. [NdR. « FTP » signifie « fédéral-provincial-territorial ».]

de drogues injectables vivent actuellement à Montréal. En outre, des études indiquent que plusieurs milliers de jeunes de 13 à 25 ans vivent dans les rues de Montréal, dont environ la moitié se sont déjà injectés des drogues, tandis que 8 % environ de ces jeunes commencent à le faire chaque année[189]. Selon d'autres études, entre 10 000 et 15 000 utilisateurs de drogues injectables vivent à Toronto. En 2000 on évaluait le nombre de consommateurs de drogues injectables à 4 700 dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, et à 12 000 dans la région métropolitaine de Vancouver[190]. Le Comité reconnaît l'incertitude considérable entourant le nombre de consommateurs de drogues injectables au Canada. Les enquêtes ont tendance à sous-évaluer le nombre de personnes au sein de populations marginalisées, telles que les personnes sans domicile fixe, celles qui n'ont pas le téléphone, celles qui sont hospitalisées ou qui suivent un traitement. Cependant, ces chiffres sont les plus récents dont le Comité dispose.

Le rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial confirme que l'injection de drogue est un important facteur de risque pour le VIH et l'hépatite. Cette pratique comporte des conséquences potentiellement désastreuses non seulement pour les personnes infectées, mais également pour leur milieu et pour toute la société canadienne. Santé Canada signale que 24,6 % de tous les nouveaux cas de séropositivité signalés chez les adultes et que 14,4 % de tous les cas de sida signalés chez les adultes étaient reliés à l'injection de drogue en 2001[191]. Les Autochtones présentent un risque plus grand d'infection à VIH que la population en général, car ils sont surreprésentés dans les milieux de la prostitution, dans la population carcérale et parmi les utilisateurs de drogues injectables des centres-villes[192]. L'injection de drogue est également un problème chez les détenus[193]. Parmi les autres segments de la population à haut risque, mentionnons les femmes, les jeunes de la rue, les enfants victimes d'exploitation sexuelle, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les prostitués.

Entre autres recommandations, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial réclame des mesures de réduction des méfaits comme le développement des programmes d'échange de seringues et l'accès accru aux options de traitement y compris le traitement de maintien à la méthadone. Dans son rapport, le Comité consultatif préconise également des essais cliniques avec de l'héroïne d'ordonnance et presse les autorités d'envisager un projet pilote ou une recherche faisant appel à une « piquerie supervisée ».

---

189 Dre Carole Morissette, spécialiste en santé communautaire, témoignage devant le Comité, 13 juin 2002.

190 M.T. Schechter et M.V. O'Shaughnessy, « Distribution of injection drug users in the Lower Mainland »,dans *BC Medical Journal*, vol. 42, n° 2, mars 2000.

191 Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance au 31 décembre 2001*, Santé Canada, 2002, p. 4-6. Accessible en ligne à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/aids-sida/haic-vsac1201/index.html.

192 Glenn Betteridge, membre du Réseau juridique canadien VIH/sida, *Notes d'allocution*, témoignage devant le Comité, 19 février 2002.

193 L'injection de drogue dans les prisons est abordée au Chapitre 6.

c) Les mesures de réduction des méfaits

Les mesures ou stratégies de réduction des méfaits font maintenant partie intégrante de nombreux services de santé publique et d'aide aux toxicomanes au Canada. Beaucoup de soignants font de la réduction des méfaits un élément du continuum d'interventions antidrogue qui comprend l'éducation, la prévention, le traitement et la réadaptation.

Voici les exemples de mesures et de politiques de réduction des méfaits :

- Echanges de seringues;
- Maintien à la méthadone et prescription d'héroïne (considéré par la plupart des praticiens comme une forme de réduction des méfaits et par certains autres comme un traitement)[194];
- Éducation et approche communautaire;
- Piqueries sécuritaires;
- Éducation sexuelle;
- Programmes de prévention comme ceux faisant appel à un conducteur désigné pour prévenir les accidents dus à la conduite avec facultés affaiblies;
- Formation et intervention anti-consommation des serveurs de bars face aux buveurs déjà ivres ou trop jeunes;
- Politiques antitabac dans les lieux publics;
- Traitement de remplacement de la nicotine.

Ces mesures peuvent influer sur la santé publique de trois façons essentiellement :

- En prévenant les surdoses mortelles et non mortelles;
- En prévenant la propagation des maladies véhiculées par le sang et d'autres cas médicaux ou blessures causés par l'alcool, le tabac, la drogue et les comportements sexuels à risque;
- En servant de porte d'entrée pour l'éducation, la prévention, le traitement et le réadaptation.

---

[194] Le traitement de maintien à la méthadone et la prescription d'héroïne sont abordés dans la section précédente sur le traitement.

i) Programme d'échange de seringues

Le premier programme d'échanges de seringues a été établi au Canada à Vancouver en 1989. On ne dispose pas de données précises sur le nombre de ces programmes au Canada : on estime qu'il en existe entre 100 et 200 à l'heure actuelle. Certains programmes ne font que l'échange de seringues usagées contre des seringues propres. D'autres offrent divers services de santé, notamment les évaluations médicales et de dépendance, le counselling, les soins primaires et les tests de dépistage de maladies transmises par le sang et d'autres maladies liées à l'injection de drogue, ainsi que des services d'orientation du patient vers des programmes de traitement et de désintoxication. Le Comité constate l'absence d'uniformité entre les programmes. Ainsi, certains remettent une seringue propre en échange d'une seringue souillée, tandis que d'autres n'obligent pas les toxicomanes à rapporter les veilles seringues et leur en fournissent autant qu'ils en veulent.

À l'heure actuelle, le fédéral ne participe pas directement au financement des programmes d'échange de seringues. Une part des transferts fédéraux aux provinces et territoires ayant trait aux dépenses sanitaires peut servir à ces programmes, mais on ignore dans quelle proportion car les paiements de transfert ne sont pas assignés à des secteurs précis. Ces programmes sont du ressort des provinces, des territoires et des municipalités. Ainsi, en Ontario, les *Lignes directrices touchant les programmes et les services de santé* obligent les commissions sanitaires à faire en sorte que les consommateurs de drogues injectables aient accès à du matériel d'injection stérile. À cette fin, elles doivent offrir des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues comme stratégie de réduction des méfaits en vue de réduire la transmission du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et d'autres agents véhiculés par le sang dans les milieux où la toxicomanie est un problème reconnu[195]. La majorité des membres du Comité encourage les provinces et les territoires à adopter des directives semblables pour que les programmes d'échange de seringues soient offerts partout au Canada.

La recherche sur les programmes d'échange de seringues indique que certains d'entre eux :

- augmentent le nombre de toxicomanes bénéficiant d'un programme de traitement et de réadaptation;
- distribuent de l'information et des documents sur la réduction du risque du VIH/sida;
- offrent des services d'orientation du patient à des fins de tests et de counselling;
- réduisent le partage des seringues avec d'autres utilisateurs;

---

[195] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, direction de la Santé publique de l'Ontario, *Lignes directrices touchant les programmes et les services de santé*, décembre 1997.

- réduisent le nombre de seringues contaminées en circulation grâce aux contenants spéciaux où les toxicomanes peuvent jeter leurs vieilles seringues en toute sécurité.

- augmentent la disponibilité et l'utilisation du matériel d'injection stérile, réduisant ainsi la propagation des maladies transmises par le sang;

- ne font ni augmenter le nombre de toxicomanes ni abaisser l'âge de la première injection;

- n'augmentent pas le nombre de seringues jetées dans les endroits publics.

Bien des témoins voient les programmes d'accès communautaire tels les programmes d'échange de seringues comme étant une façon efficace d'établir la communication avec les toxicomanes dans leur milieu et de leur fournir des moyens de modifier non seulement leurs comportements de toxicomanie, mais également d'autres comportements à risque, notamment sexuels. Des infirmières et des travailleurs sociaux distribuent de l'information sanitaire, du matériel d'injection stérile, des préservatifs, des tests de grossesse, des vitamines, et orientent les personnes vers des services de traitement de désintoxication, de tests et de counselling relatifs au VIH, et à l'hépatite B et C. Les services à « seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services »] offrent aux toxicomanes qui négligent leur santé depuis longtemps de renouer avec les soins de santé et les soignants ce qui, pour certains, peut être le premier pas vers la guérison.

> *Comme je l'ai déjà dit, j'ai utilisé le service d'échange de seringues, et j'en remercie Dieu, car aujourd'hui je suis maman et je n'ai pas de peine de mort qui plane au-dessus de ma tête, mais je pense que toutes les choses qui ne sont pas axées sur l'abstinence sont une perte de temps. Il vous faut vous sevrer complètement. Si vous ne visez pas cela, alors c'est inutile*[196].

De nombreux témoins ont indiqué au Comité que la toxicomanie par injection constitue une grave crise sanitaire au Canada. Certains témoins affirment que les lieux d'échanges de seringues sont trop rares au Canada et mal situés (au cœur des grandes villes) pour répondre aux besoins des utilisateurs de drogue injectables.

> *Face à tous ces problèmes, les services sont nettement insuffisants. Par exemple, en matière de prévention des maladies transmissibles, il y a à Montréal cinq programmes d'échanges de seringues communautaires et environ 25 autres partenaires communautaires et institutionnels qui offrent le service. Il y a aussi 7 CLSC et 150 pharmacies qui vendent des seringues sans prescription. Malgré tout, actuellement, il se distribue et se vend environ un million de seringues par an à Montréal. Bien que cette distribution ait augmenté depuis 1995, elle reste très sous-optimale et ne représente que 10 pour cent des besoins estimés*[197].

---

[196] Jamie Hamilton, témoignage devant le Comité, 6 décembre 2001.

[197] Dre Carole Morissette, spécialiste en santé communautaire, témoignage devant le Comité, 13 juin 2002.

D'autres témoins s'inquiètent des programmes d'échange de seringues qu'ils perçoivent comme étant une abdication devant la toxicomanie. Ils estiment que ces programmes permettent à un toxicomane de continuer à se droguer et qu'ils peuvent même inciter des personnes à expérimenter les drogues injectables. La possibilité de retrouver davantage de seringues usagées dans les rues et les parcs préoccupe également un certain nombre de témoins.

La majorité des membres du Comité sont convaincus qu'un programme d'échange de seringues, lorsqu'il est intégré à la prestation d'autres soins, peut prévenir la propagation du VIH et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les toxicomanes. Ils estiment en outre que ces services d'échange permettent d'établir un premier contact avec une population très marginalisée qui n'aurait probablement pas accès à des soins autrement.

ii) Piqueries sécuritaires

Les piqueries sécuritaires, qui existent à l'heure actuelle dans certains pays d'Europe, sont des lieux contrôlés où les toxicomanes peuvent s'injecter leur propre drogue avec matériel d'injection stérile, sous la surveillance d'intervenants ayant reçu une formation médicale. Ces intervenants peuvent aussi orienter les utilisateurs de drogue vers des services de counselling, des organismes médicaux, des centres de traitement et de réadaptation, et, dans certains cas, fournir des soins primaires sur place. Selon certaines études suisses et allemandes, il semble que de telles installations permettent de produire les effets suivants :

- Prévenir les décès par surdose;
- Avoir une incidence sur la santé générale des toxicomanes;
- Augmenter le nombre de toxicomanes en centre de désintoxication, ainsi que les traitements d'abstinence ou de maintien à la méthadone;
- Réduire les méfaits découlant de la consommation de drogue en public;
- Réussir à rejoindre les toxicomanes les plus à risque et les plus marginaux.

Ainsi, en Allemagne, un rapport du gouvernement indique que dans les villes qui offrent des piqueries sécuritaires et des services « à seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services »], le taux de mortalité des toxicomanes a baissé davantage qu'à l'échelle nationale, ou s'est stabilisé à un faible niveau[198].

---

[198] Information tirée du *Rapport sur la toxicomanie et les drogues*, rédigé pour le ministère fédéral de la Santé de l'Allemagne.

Peu d'évaluations exhaustives ont été menées à propos des piqueries sécuritaires en Europe, et la plupart ne sont pas encore disponibles en anglais[199]. Cependant, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a entrepris un bilan des évaluations des piqueries en Europe et en Australie dont le résumé paraîtra à la fin de 2002.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a étudié les questions juridiques et morales relatives à l'établissement de piqueries sécuritaires au Canada et en arrive à la conclusion suivante :

> *Inclure des piqueries sécuritaires comme un volet de réduction des méfaits qui s'inscrirait dans une stratégie plus vaste à l'égard de la toxicomanie intraveineuse est susceptible de produire des avantages considérables tant pour les toxicomanes que pour le grand public [traduction]*[200].

On a déclaré au Comité qu'un projet pilote de 18 mois prévoyant la mise sur pied de deux piqueries sécuritaires à Vancouver est présentement à l'étude. Certains affirment que ces établissements peuvent réduire le danger des surdoses et résoudre certains problèmes de santé publique qui affligent notamment le quartier Downtown Eastside de Vancouver[201]. Le Bureau du coroner de la Colombie-Britannique a établi à 417 le nombre de décès dus aux drogues survenus dans la province en 1998. Ce nombre a chuté à 222 en 2001 (données préliminaires), ce qui n'en demeure pas moins excessif. On pourrait prévenir un grand nombre de décès par surdose par la diffusion d'information sur la pureté de l'héroïne et par des mesures de réduction des méfaits comme l'établissement d'une piquerie sécuritaire.

Une étude en cours sur les utilisateurs de drogue injectables à Vancouver (VIDUS)[202] révèle notamment ce qui suit : 28 % d'entre eux partagent leurs seringues; 75 % affirment s'être injectés la drogue seuls au moins une fois; 10 % ont connu une surdose non mortelle; 14 % signalent s'injecter de la drogue dans un lieu public; 25 % affirment avoir besoin d'aide pour s'injecter la drogue; 18 % trouvent difficile d'avoir accès

---

199 Kate Dolan, *et al.*, « Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia », dans *Drug and Alcohol Review*, vol. 19, 2000, p. 337-346.

200 R. Elliot, *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues*, Canadian HIV/AIDS Legal Network (Réseau juridique canadien VIH/sida), 2002, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws/safeinjectionfacilities/toc.htm.

201 *Safe Injection Facilities: Proposal for a Vancouver Pilot Project*, préparé par Thomas Kerr pour la Harm Reduction Action Society, novembre 2000.

202 L'étude sur les utilisateurs de drogue injectables de Vancouver (VIDUS) est une étude pluriannuelle d'une cohorte de plus de 1 400 toxicomanes entreprise en 1996. L'étude permet de suivre l'incidence et la prévalence du VIH parmi les toxicomanes au fil du temps. Elle signale 100 nouvelles infections à VIH et 125 décès au sein de cette cohorte entre le début de l'étude en 1996 et l'an 2000. D'autres résultats de cette étude en cours ont donné lieu à de nombreuses publications, qui sont citées dans des documents accessibles en ligne par l'intermédiaire du site de PubMed à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri.fcgi?db=PubMed.

à des seringues stériles[203]. Des piqueries sécuritaires supervisées pourraient atténuer ces comportements à risque[204]. En outre, elles pourraient également réduire les effets découlant de ces comportements sur la santé et qu'on constate, comme en témoigne le taux élevé de visites aux urgences et d'hospitalisations pour infections de tissus mous, surdoses, intoxication et syndrome de retrait[205]. Même si la gravité du problème de la toxicomanie, manifeste au grand jour, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, est sans équivalent au Canada, aucune ville n'est à l'abri d'une telle crise de santé et de sécurité publique. Montréal, Toronto et Ottawa font également face à des problèmes sanitaires considérables découlant de la toxicomanie par injection; d'autres villes et des localités rurales voient le problème s'aggraver.

Des témoins ont affirmé qu'en l'absence de piqueries sécuritaires et d'autres services de réduction des méfaits, « à seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services », certains toxicomanes pratiquent des méthodes d'injection dangereuses et non hygiéniques qui augmentent le risque de surdose, mortelle ou non, et le risque de contracter des infections par voie sanguine comme le VIH et l'hépatite C. Ils signalent que les conséquences négatives de ces pratiques coûtent très cher à l'individu et à la société dans son ensemble.

> *La dernière chose que je souhaite dire, c'est que, dans le contexte du VIH, il y a une question que les gens oublient souvent. Le VIH cause le sida. Si vous n'avez pas le VIH, vous n'aurez pas le sida. Par conséquent, chaque fois qu'on prévient un cas d'infection au VIH, on prévient, de façon absolue, un cas de sida. À l'inverse d'autres maladies, le sida est une maladie qu'il est possible de prévenir à 100 %. Chaque fois que nous prévenons un cas d'infection au VIH, nous économisons 200 000 $ en coûts médicaux qu'il faut assumer plus tard. Chaque année au Canada, environ 4 000 personnes sont infectées au VIH, dont la moitié sont des consommateurs de drogue par voie intraveineuse. L'hypothèque que doivent donc assumer actuellement nos enfants, dans le cas du VIH, s'élève à 800 millions de dollars par année, dont 400 millions de dollars se rapportent aux consommateurs de drogue par voie intraveineuse qui sont infectés au VIH. Par conséquent, [ne serait-ce que pour des motifs d'ordre économique sinon d'ordre social,] il est tout à fait indispensable que nous essayons de prévenir tous les cas possibles d'infection au VIH, en raison des avantages énormes que cela apporte sur le plan économique et social*[206].

---

203 Naomi Brunemeyer, directrice des Communications, B.C. Persons With AIDS Society, témoignage devant le Comité, 5 décembre 2001.

204 E. Wood *et al.*, « Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safe injecting rooms help? » *Canadian Medical Association Journal*, August 21, 2001, Volume 165, Issue 4, p. 436-437. Le contenu de cette publication est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.cmaj.ca/content/vol165/Issue4/index.shtml.

205 Dr. Anita Palepu *et al.*, « Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users », *Canadian Medical Association Journal*, August 21, 2001, Volume 165, Issue 4, p. 415-420.

206 Dr Martin Schechter, chef de l'épidémiologie et de la biostatistique, Université de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

Même si la plupart des témoins conviennent de l'énormité du problème, le Comité constate une ambivalence générale face à l'idée d'établir des piqueries sécuritaires. De nombreux témoins ne sont pas hostiles à l'idée, mais estiment qu'il faut davantage de recherche avant que le Canada ne s'aventure sur cette voie. D'autres l'approuvent dans des conditions très précises (p. ex., comme dernier recours pour les toxicomanes graves; dans des endroits précis; combinée avec des services de santé et de traitement; avec un contrôle et une évaluation rigoureux; avec des critères d'admission très étroits et très contrôlés, etc.). Cependant, plusieurs témoins affirment que le fait de créer des lieux pour l'injection sécuritaire de drogue constitue en quelque sorte une approbation de la toxicomanie et que le message qui sera ainsi véhiculé risque de nuire aux efforts de prévention. En outre, certains s'inquiètent que ces installations puissent entraîner des désagréments pour le public et accroître l'activité criminelle dans les localités où elles seraient établies. D'autres réfutent cet argument, affirmant que ces craintes sont non fondées et contraires à l'expérience des pays européens où de telles installations existent[207].

Le Comité a été directement témoin de la catastrophe sanitaire qui se déroule à Vancouver. Reconnaissant que l'efficacité et le rendement des piqueries sécuritaires restent à être démontrés, la majorité des membres du Comité appuie des mesures novatrices pour atténuer les graves problèmes sanitaires et sociaux découlant de la toxicomanie par injection.

Les membres du Comité conviennent majoritairement de la nécessité de procéder à des essais expérimentaux, assortis de protocoles d'évaluation scientifique rigoureuse, pour déterminer si une piquerie sécuritaire réduirait sensiblement les problèmes sociaux et sanitaires qui sont manifestes à l'heure actuelle dans certains quartiers touchés par la drogue. Les essais devraient intégrer un modèle sanitaire comprenant la prestation de soins de santé et de services sociaux complets.

d) Évaluation

Enfin, le Comité constate que très peu d'organismes chargés des programmes de réduction des méfaits ou de prévention, d'éducation, de traitement ou de réadaptation sont en mesure de le renseigner sur l'efficacité et le rendement de leurs programmes, à partir d'évaluations rigoureuses. Le Comité estime qu'une approche inspirée du modèle employé dans le domaine de la santé publique en matière de soins destinés aux toxicomanes doit être fondée sur des preuves d'efficacité pour que soit réalisé l'objectif de réduire les méfaits découlant de la toxicomanie et de la toxicodépendance.

---

[207] Notamment le témoignage de Warren O'Briain, directeur, Développement communautaire, AIDS Vancouver, devant le Comité, 5 décembre 2001.

3.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — RÉDUCTION DES MÉFAITS

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

- *Les renseignements dont on dispose indiquent que la toxicomanie est avant tout un problème de santé publique, qu'il faut tenter de résoudre par des mesures appropriées relevant du domaine de la santé publique.*

- *Il faut mettre en œuvre toutes les solutions possibles pour améliorer la santé des toxicomanes et faire en sorte que leur état de santé demeure suffisamment bon pour leur permettre de rechercher un traitement lorsqu'ils seront prêts.*

- *Ayant considéré les témoignages des deux camps dans le débat à propos des « piqueries sécuritaires », ainsi que les résultats de certaines études européennes, le Comité estime qu'il est essentiel de mettre en œuvre le projet pilote canadien de piqueries sécuritaires, et de l'assortir de protocoles et de mécanismes d'évaluation clairs.*

- *Santé Canada doit intervenir pour faciliter, soutenir et évaluer l'établissement des piqueries sécuritaires.*

- *Tous les programmes et services visant les effets de la toxicomanie sur les individus, les familles et la collectivité doivent s'accompagner de directives claires et d'objectifs mesurables rendant possible une évaluation exhaustive. Les évaluations sont nécessaires pour déterminer l'efficacité de ces programmes et services et garantir que l'argent est investi de manière judicieuse.*

RECOMMANDATION 22

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada encourage et aide les provinces, les régions et les municipalités à offrir des programmes d'échange de seringues et à les intégrer à un modèle sanitaire comportant également des soins primaires, des volets axés sur la prévention et l'éducation, des services de counselling, ainsi que des programmes de traitement et de réadaptation.

RECOMMANDATION 23

En ce qui concerne les piqueries sécuritaires, le Comité recommande que le gouvernement du Canada supprime les obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets

pilotes, et qu'il encourage l'élaboration de protocoles visant à déterminer l'efficacité des piqueries sécuritaires dans la réduction des problèmes sociaux et sanitaires découlant de la toxicomanie par injection.

RECOMMANDATION 24

Le Comité recommande que des objectifs quantitatifs et qualitatifs clairs soient fixés en ce qui a trait à tous les services visant la toxicomanie, et qu'ils soient assortis de mécanismes d'évaluation du rendement, afin que la prévention, l'éducation, le traitement, la réadaptation et la réduction des méfaits soient fondés sur des preuves d'efficacité et sur les meilleures pratiques en vigueur.

RECOMMANDATION 25

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue fasse de la réduction des méfaits un élément fondamental d'une politique antidrogue qui soutienne les interventions visant à maintenir la santé des individus et à réduire au minimum les risques sanitaires découlant de la toxicomanie.

4. USAGE NOCIF DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Il importe de distinguer au départ les personnes qui utilisent mal les médicaments au détriment de leur santé de celles qui abusent du régime de santé pour obtenir des médicaments qu'elles revendent à profit.

On a signalé au Comité que les lacunes en matière de formation et donc de sensibilisation, tant chez les médecins et les pharmaciens que chez le grand public, quant aux risques liés au mauvais usage, ou aux risques de dépendance à l'égard de certains médicaments, peuvent contribuer au mauvais usage des médicaments d'ordonnance. Les témoins ont affirmé que les médecins reçoivent généralement une formation insuffisante sur le soulagement de la douleur ainsi que sur les façons de détecter les problèmes découlant d'un usage nocif des médicaments et de traiter les personnes menacées de pharmacodépendance. On a également indiqué au Comité que les patients risquent de mal utiliser des médicaments simplement parce qu'on les informe insuffisamment sur les produits qu'on leur prescrit et la façon de les utiliser.

> *Au Canada, nous avons connu du succès avec des campagnes portant sur les dangers du tabagisme et de la consommation d'alcool. Nous recommandons la mise sur pied d'une campagne nationale pour expliquer les dangers que peut comporter l'abus ou le mauvais usage des médicaments d'ordonnance. Ces médicaments représentent aujourd'hui le moyen d'intervention médicale de choix, et généralement pour de bonnes raisons, étant donné qu'il apporte de formidables bienfaits en matière de santé. Les gens ont l'impression que les médicaments*

d'ordonnance n'ont pas d'effets nocifs et ne peuvent nuire. La campagne devrait chercher à conscientiser les Canadiens face à la réalité des médicaments d'ordonnance. Bien qu'un médicament d'ordonnance soit prescrit pour de bonnes raisons, certains peuvent causer la dépendance et ils n'atteignent pas les résultats souhaités s'ils ne sont pas pris correctement. La campagne devrait aussi fournir de l'information concernant les effets nocifs possibles et indiquer à qui s'adresser lorsque les gens s'interrogent au sujet de leur médication[208].

Le Comité convient de la nécessité de mieux sensibiliser et renseigner les patients, les médecins et les autres soignants professionnels au sujet des risques de dépendance à certains médicaments d'ordonnance. Il estime que les risques de mauvais usage de médicaments d'ordonnance devraient être inclus dans une campagne nationale de sensibilisation dans les médias contre l'usage non médical des médicaments et d'autres substances psychoactives, comme le Comité l'a recommandé plus tôt dans ce chapitre.

Une autre question importante relative aux médicaments d'ordonnance a trait à leur détournement hors du marché légitime. La codéine, le Dilaudid, l'OxyContin, le Talwin, le Ritalin et le Percocet sont parmi les médicaments les plus souvent détournés. Les utilisateurs les prennent oralement ou écrasent les comprimés pour les prendre par voie nasale ou pour les dissoudre et se les injecter. L'OxyContin a beaucoup attiré l'attention récemment aux États-Unis mais, à ce jour, il n'a pas été reconnu comme un problème grave au Canada. Cependant, les profits à réaliser sur la vente de l'OxyContin et d'autres analgésiques et stimulants sur le marché illégal sont énormes et alléchants pour les toxicomanes et pour le crime organisé. Ainsi, on a indiqué au Comité que « 60 cachets d'OxyContin de 40 ml se vendent à 300 $US, mais cette même quantité irait chercher 2 400 $ dans la rue »[209]. Le fabricant d'OxyContin a reconnu le problème; il est en train de préparer « un nouveau produit qui contiendra des billes de Naltrexol, une anti-opiacée qui semble rendre la drogue moins satisfaisante pour le toxicomane »[210].

Selon plusieurs mémoires reçus, le mauvais usage de médicaments est plus ou moins fréquent dans la plupart des localités du Canada. Des indices laissent penser que le commerce illicite de certains médicaments est plus courant dans certaines petites localités et dans les campagnes où, coïncidence ou non, l'héroïne et la cocaïne sont difficiles d'accès. De nombreux facteurs favorisent le détournement des médicaments. On peut en voler à plusieurs points du réseau de distribution légal, mais plusieurs témoins ont indiqué au Comité que la grande majorité de ces médicaments proviennent d'ordonnances légales obtenues de plus d'un médecin :

---

208 Dr Barry Power, PharmaD, directeur du Développement de la pratique, Association des pharmaciens du Canada, témoignage devant le Comité, 27 août 2002.

209 Dr Brian Taylor, registraire adjoint, Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

210 *Ibid.*

Dans le temps, lorsque la GRC se livrait à des enquêtes et que, munie d'un mandat de perquisitions, elle recueillait des renseignements, on a vu des gens dessiner une carte géographique montrant leur multiple visite au médecin. Les patients ajustaient leur horaire de manière à pouvoir se rendre à dix cabinets de médecins en une journée. Compte tenu de la période d'attente dans certains cabinets de médecins de famille, on peut se poser la question de savoir comment ils y réussissent, mais ces patients connaissent déjà les cliniques sans rendez-vous qui les serviront le plus rapidement. Ils peuvent effectivement rendre visite à dix médecins en une journée et y raconter une histoire bien fignolée ou prétexter qu'ils ont, par mégarde, jeter leurs médicaments à la toilette ou que le chien l'a mangé ou encore autre chose. Effectivement, ils obtiennent ainsi une grande quantité de médicament[211].

Les programmes de suivi des ordonnances sont susceptibles de freiner le développement du mauvais usage de médicaments, de réduire la fraude et de prévenir le détournement de médicaments. En 1997, dans 10 des 12 provinces et territoires, les ordonnances étaient délivrées en trois exemplaires. Cependant, on a indiqué au Comité que, à moins que l'information ne soit facilement accessible à partir d'une base de données centrale, les cas de prescriptions multiples ou inappropriées risquent de ne pas être découverts assez tôt pour permettre une intervention fructueuse. Pour prévenir la fraude et détecter les mauvais usages potentiels, les pharmaciens et les médecins doivent disposer d'un accès immédiat au dossier de médication d'un patient au moment où le médicament est prescrit ou fourni.

Des représentants des programmes de contrôle des ordonnances de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan ont témoigné devant le Comité. Tous conviennent que le programme B.C. PharmaNet, mis en place en Colombie-Britannique en 1995, est le plus prometteur des programmes actuels au Canada. Il utilise une base informatique centrale qui donne aux médecins et aux pharmaciens un accès facile et à jour aux renseignements sur les médicaments fournis à un patient habitant la province.

Le programme PharmaNet, comme vous le savez peut-être déjà, est le fruit d'une collaboration entre le Régime d'assurance-médicaments du ministère de la Santé, le Collège des médecins et chirurgiens et le Collège des pharmaciens de notre province. Toutes les prescriptions sont électroniquement enregistrées au moment où l'ordonnance est exécutée, de manière à ce que les données soient les plus récentes : nous pouvons voir ce que le patient a reçu plus tôt le même jour.

[...]

---

[211] Dr Dennis Kendel, registraire, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

L'ensemble du programme PharmaNet a été examiné et approuvé par le Commissaire à la protection de la vie privée. Je crois qu'il serait avantageux d'étendre le programme PharmaNet à tout le Canada dans le but de régler certains problèmes de détournement des médicaments de prescription[212].

La base de données PharmaNet sert actuellement dans tous les services d'urgence de la province dans le contexte d'un projet pilote. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique espère que dans un proche avenir tous les médecins de pratique privée auront accès à PharmaNet dans leur cabinet. Cette mesure, permettant au médecin d'accéder au dossier de médication d'un patient à jour par transmission sécurisée sur Internet, est une première au Canada. Le programme n'est pas répressif mais proactif, il a l'appui des médecins de la province, car il leur fournit une information précieuse sur le profil de médication d'un patient, et peut permettre d'éviter des interactions et des dédoublements de médicaments dangereux. En outre, le système a l'avantage de limiter les ordonnances frauduleuses et permet de détecter un problème éventuel de toxicomanie[213]. Le programme offre également aux médecins les ressources d'un conseil consultatif de pharmacocliniciens, pouvant les conseiller lorsqu'ils se trouvent devant des cas problèmes[214].

Le Comité applaudit aux initiatives mises en place pour permettre aux collèges de médecins et de chirurgiens partout au pays de surveiller les médicaments d'ordonnance. Il reconnaît également que les programmes de surveillance des ordonnances varient considérablement d'une province à l'autre. En accord avec plusieurs témoins, le Comité voit de réels avantages au recours à des bases informatiques en temps réel pour contrôler les médicaments d'ordonnance qui sont le plus souvent l'objet de mauvais usage et de détournement, et à fournir aux soignants un accès à des données fiables et à jour pour prendre des décisions éclairées au cours d'un traitement.

Certains témoins ont fait part de leur inquiétude au Comité à propos du phénomène relativement récent des ordonnances par Internet. Il est à peu près impossible de contrôler les médicaments prescrits et distribués à partir d'Internet. Un patient utilisant Internet peut obtenir des médicaments et contourner facilement n'importe quel programme actuel de contrôle des ordonnances. Le Comité pense que les prescriptions par Internet posent de nombreux problèmes légaux et éthiques qu'il faudrait examiner soigneusement pour déterminer quelles interventions sont éventuellement nécessaires.

---

212 Dr Brian Taylor, registraire adjoint, Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

213 On trouvera plus d'information sur PharmaNet au site Web du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, à l'adresse suivante : healthnet.hnet.bc.ca/catalogu/products/pnet/.

214 Dr Brian Taylor, registraire adjoint, Collège des médecins et chirurgiens de Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité, 28 août 2002.

Enfin, on s'est inquiété du mauvais usage de médicaments en vente libre, notamment ceux qui contiennent du dextrométhorphane, des antihistaminiques, et de la codéine, etc. Malheureusement, il n'y a à peu près rien au Canada sur cette question de santé publique. Le Comité estime qu'il faut une information exacte sur l'étendue et l'incidence de ce phénomène, et qu'elle devrait s'inscrire dans une politique antidrogue exhaustive visant toutes les substances psychoactives.

4.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — USAGE NOCIF DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

- *Dans certaines provinces, le système qui assure la distribution des médicaments d'ordonnance ne permet pas de détecter rapidement les mauvais usages éventuels des médicaments.*

- *Pour répondre au problème du mauvais usage des médicaments d'ordonnance, un échange officieux d'information entre pharmaciens et médecins a cours dans certaines régions du Canada, ce qui pose de nombreux problèmes en matière de protection des renseignements personnels. Des bases de données en temps réel pour contrôler les ordonnances, assorties de règles et de garanties strictes de protection de l'information, protègerait mieux les renseignements personnels des Canadiens.*

RECOMMANDATION 26

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée compte parmi ses priorités l'élaboration d'une stratégie portant de façon précise sur le mauvais usage des médicaments d'ordonnance au Canada.

RECOMMANDATION 27

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada aide et encourage les provinces et les territoires à créer et tenir des bases de données en temps réel comparables, afin d'assurer une meilleure surveillance de la prescription et la fourniture des médicaments d'ordonnance faisant couramment l'objet de mauvais usage.

CHAPITRE 6 : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET SÉCURITÉ PUBLIQUE

Comme l'indique le gouvernement fédéral dans son propre énoncé de politique, « la Stratégie canadienne antidrogue reflète l'équilibre entre la réduction de l'approvisionnement en drogues et la réduction de la demande de drogues »[215]. Dans l'exercice des pouvoirs que lui confère la Constitution en matière de droit criminel et de ses responsabilités en ce qui a trait au contrôle frontalier et aux pénitenciers, le gouvernement fédéral consacre plus de 400 millions de dollars par année à la réduction de l'approvisionnement en substances illicites[216]. Parmi les contrôles législatifs fédéraux, les plus importants sont exercés en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[217], qui interdit la production, le trafic et la possession d'une foule de substances psychoactives et prévoit des sanctions établies en fonction de la nature et de la quantité des substances en question. De nombreux organismes fédéraux contribuent à réduire l'approvisionnement en drogues. Entre autres, la Gendarmerie royale du Canada (GRC) se charge de faire observer la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* avec la collaboration des services de police municipaux et provinciaux de partout au Canada. Pour sa part, l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) a pour mandat de réduire l'approvisionnement en substances illicites et autres marchandises de contrebande en appliquant des mesures de contrôle frontalier afin d'intercepter des cargaisons destinées au marché canadien. Justice Canada se charge des poursuites alors que Service correctionnel Canada administre de nombreuses sentences liées aux substances, en plus d'effectuer des tests d'analyse d'urine et de procéder à d'autres mesures de sécurité visant à prévenir l'usage de substances illicites et d'autres marchandises de contrebande.

Le présent chapitre traite des responsabilités et des initiatives en matière de sécurité publique qui constituent une grande part du rôle du gouvernement fédéral dans la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue.

1. LA *LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES*

C'est en 1908 que la première loi canadienne régissant les substances psychoactives est adoptée, afin d'interdire l'importation, la fabrication, la vente et la possession en vue de la vente de l'opium. En 1911, la portée de la *Loi sur l'opium et les drogues* est élargie pour interdire le transport et la possession des drogues et inclure la morphine et la cocaïne. En 1923, des modifications sont apportées à la Loi, alors connue sous le nom de *Loi sur l'opium et les narcotiques*, pour étendre son application au

---

215 Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, 1998, p. 1.

216 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001*, chapitre 11 — Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, 2001.

217 L.C. 1996, ch. 19.

cannabis, à l'héroïne et à la codéine. Au fil des ans, d'autres modifications ont permis d'étoffer la liste des substances visées et d'étendre les contrôles administratifs applicables à leur fabrication, leur production et leur vente légales. La *Loi sur les stupéfiants* a été adoptée en 1961, formant ainsi la base du cadre législatif canadien qui se trouve depuis 1997 dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[218].

a) Infractions criminelles et peines

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* a annulé et remplacé la *Loi sur les stupéfiants* ainsi que les parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues*. Les infractions et les peines sont définies à la partie I de la Loi. Sont considérées comme des infractions la production (culture ou fabrication), l'importation, l'exportation, la possession, le trafic et la possession à des fins d'exportation ou de trafic d'une multitude de substances psychoactives. Ces substances sont inscrites aux annexes de la Loi et les peines prévues pour chaque infraction sont établies dans l'annexe où figure la substance dont il est question et/ou en fonction du nombre de condamnations antérieures. À titre d'exemple, la possession d'héroïne ou de cocaïne (annexe I) constitue une infraction mixte pouvant entraîner une peine d'emprisonnement maximale de sept ans lorsque la Couronne procède par mise en accusation. Lorsqu'il s'agit d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire, la peine maximale prévue pour une première infraction est une amende de 1 000 $ ou six mois de prison, ou les deux, alors que toute infraction ultérieure est punissable d'une amende maximale de 2 000 $ ou d'une peine d'un an de prison, ou les deux. La possession d'amphétamines (annexe III) peut entraîner une peine maximale de trois ans d'emprisonnement, lorsque la Couronne procède par mise en accusation, alors que les peines maximales lorsqu'il s'agit d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux drogues visées par l'annexe I. Les produits du cannabis sont énumérés aux annexes II, VII et VIII et les peines maximales relatives à la possession et au trafic sont établies en fonction des quantités en cause[219]. Les lois régissant le cannabis sont examinées plus en détail au chapitre 9.

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* stipule également qu'il est interdit d'obtenir ou de chercher à obtenir des substances inscrites aux annexes ou des prescriptions pour ces substances, sans avoir divulgué au préalable les substances ou les prescriptions obtenues au cours des 30 jours précédents (« l'obtention d'ordonnances multiples »)[220]. L'article 8 de la Loi interdit la possession d'un bien obtenu par l'entremise d'une infraction visée à la partie I et l'article 9 interdit le « blanchiment »

---

218 Paul St-Denis, avocat principal, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice, témoignage devant le Comité, 1er octobre 2001.

219 L.C. 1996, ch. 19, paragraphes 4(4), 4(5), 5(3) et 5(4). Par exemple, la possession de pas plus de 30 grammes de cannabis ou 1 gramme de résine de cannabis constitue une simple infraction par procédure sommaire entraînant une peine maximale de six mois de prison ou une amende de 1 000 $, ou les deux.

220 L.C. 1996, ch. 19, paragraphe 4(2). Le phénomène de l'obtention d'ordonnances multiples est abordé en détail au chapitre 5, sous la rubrique « Usage nocif des médicaments d'ordonnance ».

du produit d'une telle infraction. Selon la valeur du bien en question, la peine maximale imposée pour l'une ou l'autre infraction peut être de dix ans de prison dans le cas d'une mise en accusation. Le paragraphe 10(1) reprend l'objectif du prononcé des peines figurant à l'article 718 du *Code criminel* en soulignant la nécessité de favoriser la réinsertion sociale des délinquants et leur traitement, « dans les cas indiqués ». Le paragraphe 10(2) comporte une liste de circonstances aggravantes dont le tribunal doit tenir compte dans l'établissement d'une peine, notamment les condamnations antérieures, l'utilisation d'une arme ou la menace d'en utiliser une, le recours à la violence ou la menace d'y avoir recours, les infractions commises à l'intérieur ou près d'une école et les infractions auxquelles ont participé des personnes de moins de 18 ans. La partie II comporte les dispositions relatives aux fouilles, aux perquisitions, aux saisies et à la rétention qui permettent d'exécuter la Loi[221]. La partie II confère également aux tribunaux le pouvoir d'ordonner le blocage ou la confiscation, ou les deux, du bien infractionnel, ainsi que la confiscation du produit de la criminalité, alors que la partie III régit la disposition des substances désignées.

b) Conformité réglementaire

Étant donné que nombre des substances inscrites aux annexes de la Loi sont utilisées à des fins médicales légitimes, les infractions visées par la Loi sont formulées de façon à exclure la responsabilité criminelle par voie de règlement. Par exemple, l'article 4 interdit la possession de toute substance inscrite aux annexes I, II ou III, « sauf dans les cas autorisés aux termes des règlements ». De la même façon, l'article 2 définit le « trafic » comme la vente, le transport, la livraison, etc., « qui sort du cadre réglementaire », d'une substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à IV. La Loi prévoit des exemptions similaires pour ce qui est de l'importation, de l'exportation ou de la production de substances inscrites à certaines annexes[222]. Les exemptions sont régies en vertu de la partie IV de la Loi, laquelle prévoit également la désignation d'inspecteurs ayant l'autorité de faire appliquer les règlements. Ainsi, les inspecteurs peuvent procéder à la visite de tout lieu « où le titulaire d'une autorisation ou d'une licence réglementaire — l'habilitant à se livrer à des opérations à l'égard de substances désignées ou de précurseurs — exerce son activité commerciale ou professionnelle »[223].

En vertu de la partie V de la Loi, le ministre de la Santé peut suspendre, révoquer ou modifier un permis, une licence ou une autorisation s'il croit qu'il y a eu infraction à un règlement « spécial » et s'il estime qu'il en découle un risque grave et imminent pour la santé ou la sécurité de quiconque »[224]. Tout signalement d'une infraction par le Ministre est soumis à l'examen d'un arbitre qui décidera si l'ordonnance provisoire sera entérinée,

---

221 L'article 11 autorise la délivrance d'un mandat de perquisition et la saisie de substances désignées et de biens infractionnels, alors que l'article 13 reprend les dispositions du *Code criminel* qui régissent la rétention des articles saisis.

222 L.C. 1996, ch. 19, paragraphes 6(1) et 7(1).

223 L.C. 1996, ch. 19, paragraphe 31(1).

224 L.C. 1996, ch. 19, article 35.

modifiée ou révoquée par le Ministre ou si elle cessera d'avoir effet. La partie VI comporte des dispositions sur l'analyse des substances, la désignation d'analystes et l'utilisation de certificats établis par des analystes pour des poursuites criminelles. C'est également en vertu de la partie VI, plus précisément de l'article 55, que le gouverneur en conseil est investi de vastes pouvoirs qui lui permettent de créer des règlements en matière « d'applications médicales, scientifiques et industrielles, et de distribution des substances désignées et des précurseurs ». Enfin, l'article 56 confère au ministre de la Santé le pouvoir de soustraire toute personne ou substance à l'application de la Loi s'il estime que des « raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient »[225].

2. SOLUTIONS DE RECHANGE AUX POURSUITES OU À L'INCARCÉRATION, OU AUX DEUX

De nombreux témoins ont déclaré au Comité qu'ils estiment que la dépendance aux substances est une question qui relève du domaine de la santé. Ils sont donc d'avis que les poursuites criminelles liées à la dépendance ont peu de chance d'avoir des effets positifs durables. Plusieurs témoins se sont plutôt montrés en faveur du recours à diverses solutions de rechange aux poursuites et à l'incarcération, afin de reconnaître l'existence d'un problème plus profond de dépendance et de s'y attaquer, tout en tenant le contrevenant responsable de son comportement criminel.

a) Tribunaux de traitement de la toxicomanie

L'une des solutions les plus souvent proposées par les témoins est le recours à un programme judiciaire étendu pour le traitement de la toxicomanie. Dans le cadre de ce concept qui a vu le jour aux États-Unis, les tribunaux de traitement de la toxicomanie utilisent « divers moyens pour inciter les contrevenants à se rendre au bout de leur traitement, notamment a surveillance des décisions judiciaires, l'application de sanctions dans le cas de non-conformité et divers autres incitatifs »[226]. Créé en 1998, le Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto bénéficie du soutien financier du Fonds d'investissement de la *Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime* et il est géré conjointement par le ministère de la Justice et le ministère du Solliciteur général du Canada. Dans un communiqué de presse publié en décembre 1998 par le Solliciteur général, le programme est présenté comme le fruit d'une collaboration entre le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le système de justice pénale de Toronto, les services de police de Toronto, le Service de Santé publique de la ville de Toronto et divers organismes de services communautaires. Premier en son genre au Canada, ce projet pilote avait comme objectif « de réduire la consommation de

---

225 Cet article confère au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des exemptions relatives aux interdictions visant la marijuana, dans le cas de la consommation médicale.

226 Caledon Institute of Social Policy, *Fermer la « porte-tambour » : Le Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto*, janvier 2001.

drogues et le comportement criminel qui en découle au moyen de traitements, et démontrer la rentabilité d'un modèle de déjudiciarisation qui offre une solution de rechange à l'incarcération ».

Au cours de son étude, le Comité a pu observer des débats du Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto et s'entretenir avec des représentants et des membres du personnel du Tribunal ainsi qu'avec certains de ses fournisseurs de services. Le programme offre des traitements sous supervision judiciaire, par l'entremise du Centre de toxicomanie et de santé mentale, aux contrevenants ayant une dépendance à la cocaïne ou aux opiacées. Après avoir réussi à terminer le traitement, les contrevenants dont le casier judiciaire est limité ou inexistant qui sont accusés de possession de cocaïne ou d'héroïne peuvent obtenir le retrait des accusations. Selon un sommaire du programme publié par le Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto, les contrevenants non violents accusés de trafic de petites quantités de cocaïne ou d'héroïne doivent enregistrer un plaidoyer de culpabilité pour participer au programme, mais s'ils terminent ce dernier avec succès, ils peuvent se voir imposer une peine sans placement sous garde. L'évaluation finale du programme n'est pas prévue avant la fin de 2004. Toutefois, ce sommaire publié en décembre 2001 fait état de rapports intérimaires qui indiquent une réduction de la consommation de drogues et des comportements criminels chez les participants au programme, par rapport aux contrevenants encadrés par le système judiciaire traditionnel ayant commis des infractions semblables. De plus, bien qu'une analyse de réduction des coûts n'ait pas encore été réalisée, le sommaire précise qu'il en coûte environ 8 000 $ par année pour offrir un traitement à un participant au programme alors que l'incarcération de ce contrevenant pendant un an coûterait 45 000 $.

En septembre 2001, le ministre de la Justice a annoncé l'attribution d'une aide financière supplémentaire pour permettre au Tribunal de Toronto de poursuivre ses activités jusqu'en décembre 2004. Dans l'intervalle, un deuxième tribunal de traitement de la toxicomanie a vu le jour à Vancouver le 4 décembre 2001. Le tribunal de Vancouver constitue également un projet pilote de quatre ans dont les objectifs et les sources de financement sont similaires à ceux du programme de Toronto. Le ministre de la Justice a donné l'assurance que les programmes de Toronto et de Vancouver feront l'objet d'une évaluation « rigoureuse » qui aura pour but d'établir leur rentabilité, leur efficacité et leur réussite en général.

Le Comité a constaté que le concept de tribunal de traitement de la toxicomanie ne fait pas l'unanimité. Certains témoins ont fait valoir en effet que les traitements contraignants et obligatoires ont peu de chance de produire les résultats souhaités. D'autres estiment que les tribunaux de traitement constituent une option qui ne sert qu'à accroître l'emprise des contrôles sociaux. Ceux qui sont en faveur de ces tribunaux croient que certains contrevenants toxicomanes ont besoin d'une forte source de motivation extérieure pour se décider à suivre un traitement. Certains témoins ont dit appuyer de tels tribunaux mais à condition qu'ils ne remplacent pas les programmes de traitements volontaires ou en réduisent l'accessibilité.

Le Comité estime que les tribunaux de traitement de la toxicomanie constituent une option très prometteuse pour certains contrevenants toxicomanes, surtout si ces tribunaux permettent d'exposer les délinquants aux services sociaux dont ils ont besoin au moment où ils reçoivent un traitement pour leur dépendance. Dans ce contexte, le recours aux tribunaux de traitement de la toxicomanie devrait accroître les chances de succès auprès de ces personnes. La réussite de ce genre d'initiative pourrait se traduire par des avantages d'une portée considérable pour l'ensemble de la société, notamment la réduction des coûts en soins de santé et la diminution des risques de créer de nouvelles victimes. Dans l'éventualité où l'évaluation des projets pilotes actuels montrerait que le taux de réussite est supérieur chez les toxicomanes qui entreprennent ou terminent le programme, le Comité estime que les programmes exhaustifs supervisés par des tribunaux de traitement de la toxicomanie devraient constituer une composante permanente du système de justice pénale.

b) Traitement obligatoire

Dans le but d'obtenir des interventions et des traitements plus efficaces, d'aucuns ont proposé l'imposition de traitements obligatoires aux contrevenants récidivistes qui commettent des actes criminels pour soutenir leur dépendance à des substances. D'autres se sont catégoriquement opposés à une telle mesure aux motifs que les traitements imposés ne donnent tout simplement pas de résultats et qu'ils vont à l'encontre de valeurs sociales importantes comme l'autonomie et la liberté individuelle. L'article 10 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* stipule que l'objectif essentiel du prononcé des peines en vertu de la partie I de la Loi consiste à favoriser « la réinsertion sociale des délinquants et, dans les cas indiqués, leur traitement ». Il semble toutefois que cet article ne s'applique pas à une peine résultant d'une infraction au *Code criminel*, même si ladite infraction a été commise en rapport avec un état de dépendance. À l'heure actuelle, le *Code criminel* autorise tout juge qui impose une peine de sommer le contrevenant, comme condition de probation, de subir « un traitement curatif pour abus d'alcool ou de drogue », aux fins de l'évaluation et du traitement recommandés[227].

Il faut souligner qu'à une certaine époque, la partie II de la *Loi sur les stupéfiants* prévoyait la détention préventive et la détention à titre de traitement. Établies en 1961, ces dispositions n'ont cependant jamais été promulguées[228]. Il convient aussi de mentionner les appréhensions soulevées par les membres de la Commission Le Dain, qui se demandaient si ces dispositions avaient « un lien suffisamment étroit avec la question de la responsabilité criminelle pour qu'on puisse validement y avoir recours comme solution de droit pénal »[229]. La Commission a également constaté : « En dépit de

---

227 *Code criminel*, L.R.C. chap. C 46, sous-alinéa 732.1 (3) (g.1).

228 L.C. 1961, ch. 35.

229 *Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales : Rapport final*, Information Canada, Ottawa, 1973, p. 1001.

la relation étroite entre « toxicomanie » et délit, il est douteux que le Parlement puisse obliger un toxicomane à suivre une cure, en vertu de sa compétence en matière de prévention de la criminalité »[230].

Le Comité est conscient que la possibilité d'imposer des traitements obligatoires aux contrevenants soulève d'importantes questions d'ordre pratique et éthique. Par exemple, les fournisseurs de services pourraient tout simplement refuser de traiter les contrevenants qui ne sont pas intéressés à se défaire de leur dépendance. Il est évident que l'imposition d'un traitement obligatoire pour punir une infraction criminelle liée à l'usage de substances serait injuste si cette pratique se faisait au détriment des programmes de traitement volontaire accessibles aux personnes qui n'ont pas de démêlés avec le système de justice pénale. Enfin, le Comité reconnaît que l'imposition de traitements obligatoires risque fort d'aller à l'encontre de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Nous convenons toutefois que les tribunaux doivent pouvoir disposer d'options plus nombreuses et plus efficaces pour prendre les mesures nécessaires à l'égard des criminels récidivistes dont les démêlés avec la justice sont liés à leur dépendance à des substances illicites, en particulier dans les endroits où il n'existe pas de tribunaux de traitement de la toxicomanie. C'est pourquoi le Comité souhaite que la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ainsi que le *Code criminel* soient examinés afin d'étudier la possibilité de fournir aux tribunaux des options plus créatives que les amendes et l'incarcération, dans les cas indiqués, options qui permettraient de s'attaquer plus efficacement aux causes fondamentales de la criminalité.

2.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — SOLUTIONS DE RECHANGE AUX POURSUITES OU À L'INCARCÉRATION, OU AUX DEUX

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

- *Dans la majorité des cas, les poursuites judiciaires et l'incarcération pour des infractions criminelles liées à la toxicodépendance n'ont pas permis d'obtenir des résultats souhaités, durables et positifs.*

- *Les tribunaux de traitement de la toxicomanie peuvent représenter une solution prometteuse pour certains contrevenants toxicomanes, surtout si la supervision et les traitements sont accompagnés des services sociaux nécessaires.*

- *Les solutions faisant appel aux traitements obligatoires ou correctifs risquent de soulever des questions sur les plans moral, juridique et pratique.*

---

230 *Ibid.*

√ *Les tribunaux de traitement de la toxicomanie et le recours aux traitements obligatoires doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive avant que des investissements ou des changements stratégiques additionnels ne soient effectués.*

RECOMMANDATION 28

Le Comité recommande le maintien de l'aide aux projets pilotes actuels des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Il recommande aussi le financement permanent de ces tribunaux et l'attribution de fonds nécessaires à la création de nouveaux établissements, si les besoins cernés lors de l'évaluation des résultats le justifient.

RECOMMANDATION 29

Le Comité recommande au ministre de la Santé et au ministre de la Justice de proposer des modifications appropriées à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou au *Code criminel*, ou aux deux, pour accroître les options en matière de détermination des peines imposées aux toxicomanes ayant des démêlés avec le système de justice pénale, notamment le recours au traitement.

3. ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

> *L'abus d'alcool et de drogues est une préoccupation majeure dans le système correctionnel fédéral. Au moment de l'admission dans un établissement fédéral, près de 70 % des délinquants sous responsabilité fédérale sont évalués comme ayant un problème de toxicomanie qui nécessite une intervention. Selon les résultats obtenus lors d'un sondage auprès des détenus, 34 % des délinquants ont admis avoir fait l'usage de drogues injectables avant d'être incarcérés et 11 % ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables depuis qu'ils sont incarcérés. Vingt-cinq pour cent des détenus ont indiqué qu'ils subissent des pressions pour introduire illégalement de la drogue dans l'établissement*[231].

Comme moyen de s'attaquer plus efficacement au problème de l'usage de substances dans les prisons, Service correctionnel Canada (SCC) a mis sur pied en février 2002 un programme pilote qui prévoit la création d'unités de soutien intensif (USI) dans plusieurs pénitenciers.

> *L'USI a pour principal objet d'offrir aux délinquants un environnement sûr dans lequel ils peuvent vivre sans drogue, en bénéficiant de l'appui et de l'intervention accrus du personnel. Les unités sont ouvertes tant aux délinquants toxicomanes*

---

[231] F. McVie, « L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : Les problèmes et les défis », *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, septembre 2001, volume 13, n° 3, p. 7.

qu'à ceux qui n'ont pas de problèmes de cette nature, mais qui veulent vivre dans un environnement où il n'y a pas de drogue ni de problèmes interpersonnels causés par la consommation de drogues[232].

Service correctionnel Canada offre également des programmes de traitement, notamment le programme Choix, à l'intention des libérés conditionnels, et le Programme prélibératoire pour toxicomanes (PPT), aux contrevenants qui demandent ou nécessitent une intervention. Afin d'élaborer et d'évaluer des programmes de traitement pour les contrevenants, en mai 2001, Service correctionnel Canada a également ouvert un Centre de recherche en toxicomanie à Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard. En plus de mener ses propres études indépendantes, le Centre collabore avec des chercheurs provenant d'établissements fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que d'organismes non gouvernementaux et du milieu universitaire.

Le problème de l'usage de substances dans les prisons fédérales et les preuves de ses effets sur la santé ont été abondamment documentés. On ne devrait pas s'en étonner outre mesure puisqu'en toute logique on retrouve dans les prisons une grande partie des problèmes sociaux qui touchent l'ensemble de la population, y compris l'usage nocif, la dépendance et le trafic liés aux substances illicites. La présence de substances illicites dans les prisons donne lieu à au moins deux importantes préoccupations. La première concerne la menace que constitue le trafic illégal pour la sécurité de ces établissements, y compris pour la sécurité du personnel et des détenus. L'autre a trait à l'effet dévastateur de l'usage nocif de ces substances et de la dépendance sur la santé des détenus et, en bout de ligne, sur celle de leurs familles et de la société dans son ensemble.

a) Sécurité des établissements

L'incapacité de Service correctionnel Canada à enrayer la circulation des substances illicites dans les prisons fédérales représente un problème de taille. Compte tenu de l'environnement hautement contrôlé que constituent les prisons, on pourrait s'attendre à ce que les autorités carcérales puissent freiner, avec une certaine facilité, la circulation de ces biens de contrebande dans leurs établissements. Cependant, les prisons et les détenus ne sont pas totalement isolés du monde extérieur. La gestion quotidienne des pénitenciers fédéraux exige l'acquisition de nombreux biens et services qui proviennent de fournisseurs extérieurs. En outre, de nombreux détenus, membres du personnel et visiteurs circulent jour après jour dans ces établissements.

Le trafic de substances illicites en milieu carcéral risque de causer des problèmes encore plus graves que ceux que l'on retrouve à l'extérieur. La coercition et l'intimidation s'exercent beaucoup plus facilement dans un environnement fermé où les détenus et même les visiteurs ont l'impression qu'ils n'ont guère d'autre choix que d'aller jusqu'à

---

[232] D. Varis, « Examen descriptif des unités de soutien intensif pour les détenus sous responsabilité fédérale », *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, septembre 2001, volume 13, n° 3, p. 41.

accepter de collaborer avec les trafiquants. Le Comité constate que Service correctionnel Canada prend la prohibition des substances illicites et d'autres produits de contrebande très au sérieux et fait appel à plusieurs techniques de surveillance et du renseignement pour y arriver, de concert avec les services policiers des collectivités concernées. Service correctionnel Canada se sert également de matériel spécial, notamment de détecteurs d'ions servant à déceler la présence de substances illicites, et il a mis sur pied un programme de chiens détecteurs de drogue qui s'étendra à tous les établissements de Service correctionnel Canada d'ici les trois prochaines années[233].

Bien qu'il soit tentant de résoudre le problème en ayant recours à des fouilles plus rigoureuses et en se montrant plus disposé à interdire l'accès à certains visiteurs, il ne faut pas perdre de vue que la législation oblige Service correctionnel Canada à favoriser les liens entre les détenus et la collectivité. Par exemple, le paragraphe 3(*b*) de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*[234] stipule clairement que Service correctionnel Canada vise à contribuer au maintien d'une société juste, vivant en paix et en sécurité, en assurant l'exécution des peines imposées par les tribunaux et « en aidant au moyen de programmes appropriés dans les pénitenciers ou dans la collectivité, à la réadaptation des délinquants et à leur réinsertion sociale à titre de citoyens respectueux des lois ». De plus, il semblerait que les détenus qui sont en mesure de rester en contact avec les membres de leur famille tout au long de leur incarcération sont susceptibles de mieux réussir leur réintégration au sein de la société au terme de leur sentence. Le Comité estime cependant que Service correctionnel Canada doit continuer d'élaborer de nouvelles technologies et de nouvelles méthodes afin de prévenir plus efficacement la circulation des substances illicites vers et dans les établissements carcéraux. C'est pourquoi le Comité est d'avis que les politiques et procédures doivent faire l'objet d'un examen périodique.

b) L'état de santé des contrevenants

Les risques pour la santé associés à l'usage de drogues injectables (UDI) en milieu carcéral ont également donné lieu à une documentation abondante.

> *Dans le système fédéral de détention du Canada (où les détenus purgent des peines de plus de deux ans), le nombre de cas rapportés de VIH/sida est passé de 14 en janvier 1989, à 159 en mars 1996, puis à 217 en décembre 2000. Cela signifie que l'on sait que 1,66 % des détenus d'établissements fédéraux sont séropositifs.* [...]

---

[233] Ross Toller, directeur général, Programmes et réinsertion sociale des délinquants, Service correctionnel Canada, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

[234] L.C. 1992, ch. 20.

Les taux de prévalence de l'hépatite C dans les prisons canadiennes sont encore plus élevés : des études menées dans des prisons canadiennes au début et au milieu des années 90 ont révélé des taux de prévalence de virus de l'hépatite C (VHC) entre 28 % et 40 %[235].

L'incidence du VIH chez les détenus des prisons fédérales est beaucoup plus élevée que dans la population en général. En outre, l'incidence de l'infection à l'hépatite C a atteint des proportions épidémiques d'une ampleur comparable à celle qui touche les usagers de drogues injectables dans l'ensemble de la population. Les causes des taux élevés d'infection sont diverses. Par exemple, certains usagers de drogues injectables sont déjà séropositifs ou porteurs du virus de l'hépatite C à leur admission dans un pénitencier. Certains de ces usagers continuent de s'injecter de la drogue en prison, où les programmes d'échange de seringues sont inexistants et l'accès au traitement à la méthadone est parfois limité. Lorsque les détenus infectés partagent du matériel d'injection contaminé avec d'autres usagers, il est presque certain que cette pratique augmentera la propagation de maladies transmissibles par le sang.

Le Comité a reçu un certain nombre de propositions visant à atténuer les risques les plus flagrants associés à l'usage de drogues injectables chez les détenus. Par exemple, certains ont suggéré que Service correctionnel Canada mette fin aux tests aléatoires de dépistage de la marijuana parce qu'il est possible que ces tests incitent les détenus consommant cette drogue à passer à des substances plus nocives pour éviter de se faire prendre et de subir des sanctions (la marijuana est présente dans l'urine pour une période beaucoup plus longue que les autres drogues). Service correctionnel Canada rejette toutefois cette hypothèse, s'appuyant sur le fait que « les résultats d'analyses au hasard ont révélé que 49 % des résultats positifs demeurent attribuables à l'usage du THC [cannabis] »[236]. Certains témoins ont pour leur part suggéré la mise sur pied de programmes d'échange de seringues dans les établissements, puisqu'il semble bien établi que la distribution de seringues propres contribue à réduire la propagation de maladies transmissibles par le sang chez les personnes faisant usage de drogues injectables[237]. Préoccupé par la question de la sécurité, Service correctionnel Canada a plutôt opté pour la distribution de trousses de désinfection à l'eau de Javel. Enfin, même si les détenus ont la possibilité de continuer leur traitement de maintien à la méthadone, le Comité a appris que ceux qui n'en recevaient pas déjà un au moment de leur incarcération pouvaient obtenir un tel traitement mais seulement dans des circonstances exceptionnelles[238]. Selon le Comité, les traitements de maintien à la méthadone à l'intention des détenus devraient comporter des critères d'admissibilité semblables à ceux qui s'appliquent à la population en général.

---

235 Réseau juridique canadien VIH/sida, *VIH/sida et hépatite C en prison : les* faits, 2001-2002.

236 F. McVie, « L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : Les problèmes et les défis », *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, septembre 2001, volume 13, n° 3, p. 7.

237 Koshala Nallanayagam, Réseau d'appui aux détenus ayant le sida ou le VIH, témoignage devant le Comité, 19 février 2002.

238 Réseau juridique canadien VIH/sida, mémoire au Comité, 19 février 2002, p. 28.

En outre, bien qu'il soit conscient des défis auxquels sont confrontés les établissements correctionnels sur le plan de la sécurité, le Comité est d'avis que Service correctionnel Canada doit continuer à trouver des moyens plus nombreux et novateurs de protéger la santé des détenus, du personnel et de l'ensemble de la population.

Même si certains contrevenants tirent profit des traitements de substitution ou d'autres mesures de réduction des méfaits, le Comité reconnaît que de nombreux détenus souhaitent plutôt recevoir un traitement qui les aidera à adopter, pendant leur incarcération, un style de vie exempt d'alcool et d'autres substances. C'est pourquoi le Comité est d'avis que les programmes de traitement axés sur l'abstinence doivent continuer d'être un élément clé des initiatives de Service correctionnel Canada visant à régler le problème de l'usage de substances licites et illicites.

Comme il a été mentionné, le Comité est au courant que Service correctionnel Canada a établi un projet pilote pour la création d'unités de soutien intensif (USI) dans certains établissements, à l'intention des délinquants qui souhaitent vivre dans un environnement exempt de substances. Une majorité de députés sont enchantés par le caractère novateur de cette initiative, bien que le Comité ait appris qu'il pourrait se révéler difficile d'éliminer les pressions que les autres détenus exercent sur ceux qui bénéficient des USI. Le Comité propose donc que Service correctionnel Canada approfondisse ce concept en l'appliquant à l'ensemble de certains établissements de l'ouest et de l'est du pays, afin que les contrevenants hautement motivés aient accès à des traitements intensifs axés sur l'abstinence, dans un environnement sécuritaire et exempt de substances psychoactives.

Comme on l'a déjà indiqué, le Comité a reçu des témoignages concernant les nombreux programmes de traitement de la toxicomanie offerts aux détenus ainsi qu'aux délinquants ayant obtenu une libération conditionnelle. Toutefois, le Comité convient que les délinquants doivent pouvoir accéder sur demande à des traitements sans subir de délais déraisonnables ou exagérés, afin d'accroître les chances de réussite. Par conséquent, le Comité exhorte Service correctionnel Canada à veiller à ce que la disponibilité des traitements pour les contrevenants incarcérés ne soit pas établie en fonction de l'imminence de leur date d'admissibilité à la libération conditionnelle ou de leur libération conditionnelle comme telle.

3.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

√ *L'incapacité de Service correctionnel Canada à enrayer la circulation des substances illicites dans les prisons fédérales représente un problème de taille qui exige une intervention immédiate.*

- √ *Il faut en faire davantage pour s'attaquer au taux alarmant d'usage de substances psychoactives chez les délinquants incarcérés et aux risques sanitaires liés à cette pratique.*

- √ *Afin de s'attaquer efficacement au problème de la consommation et de l'usage nocif de substances et à celui de la dépendance chez les délinquants incarcérés, Service correctionnel Canada doit offrir aux détenus une vaste gamme d'options de traitements dans un environnement sécuritaire et exempt de substances.*

RECOMMANDATION 30

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada soit tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un plan triennal visant à réduire considérablement la circulation des drogues illicites vers les pénitenciers. Le Comité recommande aussi que le commissaire fédéral aux drogues, désigné soit consulté pour l'établissement des objectifs du plan et soit chargé de surveiller l'efficacité des résultats.

RECOMMANDATION 31

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés d'avoir accès à des traitements de substitution, notamment les traitements à la méthadone, qui soient assortis de critères d'admissibilité semblables à ceux qui s'appliquent à la population en général.

RECOMMANDATION 32

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés de bénéficier d'initiatives de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang, tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de sécurité.

RECOMMANDATION 33

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada continue de promouvoir l'abstinence comme principal objectif de traitement.

RECOMMANDATION 34

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada entreprenne un projet pilote qui consisterait à créer deux établissements correctionnels fédéraux réservés aux délinquants qui souhaitent purger leur peine dans un environnement exempt de substances et offrant des traitements et du soutien intensifs.

RECOMMANDATION 35

Le Comité exhorte Service correctionnel Canada à veiller à ce qu'il y ait suffisamment de programmes de traitement de l'abus de substances et de places dans ces programmes pour permettre aux délinquants d'y avoir accès immédiatement après leur incarcération, si besoin est.

4. CONTRÔLE FRONTALIER

L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) est l'organisme fédéral chargé d'intercepter les substances et autres produits de contrebande au premier point d'entrée au Canada. L'ADRC travaille de concert avec la GRC et d'autres services de police canadiens, ainsi qu'avec des organismes étrangers d'application de la loi, notamment la U.S. Drug Enforcement Agency et INTERPOL[239].

Dès le début de l'étude, le Comité a rencontré des représentants de l'ADRC qui lui ont fait part du mandat et des activités de l'organisme en matière de substances illicites. Les membres du Comité se sont rendus à des postes frontaliers de la région du Niagara pour y rencontrer le personnel de l'ADRC responsable des contrôles. Ils ont également recueilli des renseignements lors de rencontres avec des représentants de l'ADRC à l'aéroport de Dorval et au port de Montréal. En outre, des employés locaux de l'ADRC ont témoigné devant le Comité lors des audiences tenues à Toronto et à Vancouver.

Même si l'ADRC dispose de moyens très perfectionnés pour la détection de la contrebande, notamment des appareils de radiographie, des détecteurs d'ions, des fibroscopes et des équipes dotées de chiens détecteurs, seule une petite partie des substances illicites en route pour le Canada peut être interceptée, compte tenu du volume considérable de biens et de personnes qui circulent chaque jour par les postes frontaliers. Pourtant, il existe un système très perfectionné de coopération avec d'autres organismes d'application de la loi et des entreprises de transport, dans le but de recueillir et d'analyser des renseignements. Même si les représentants de l'ADRC n'ont pas

---

239 Mark Connolly, directeur général de la Direction de la contrebande et des services de renseignement, Direction générale des douanes, Agence des douanes et du revenu du Canada, témoignage devant le Comité, 1er octobre 2001.

mentionné que les récentes modifications à la loi, apportées par l'entremise du projet de loi S-23[240], faciliteront grandement leurs efforts, l'un d'eux a tout de même souligné « qu'on pourrait faire le plus de progrès en disposant des fonds nécessaires, c'est-à-dire de l'attribution de ressources convenables, qui nous permettraient de continuer d'accroître nos activités de lutte contre le trafic des stupéfiants »[241].

Le Comité reconnaît que la circulation efficace des personnes et des échanges commerciaux légitimes entre le Canada et les autres pays est vitale pour la prospérité économique de notre pays. De toute évidence, cette réalité met encore plus de pression sur les agents des douanes qui doivent s'efforcer d'exécuter leurs tâches dans des délais raisonnables sans pour autant compromettre la sécurité aux frontières canadiennes. Compte tenu de ces contraintes et de la nécessité absolue d'exercer un contrôle frontalier efficace, le Comité estime que l'Agence des douanes et du revenu du Canada doit pouvoir compter sur des ressources adéquates pour mener à bien ses activités.

En dépit des ressources et du savoir-faire dont dispose l'ADRC, le Comité a appris que le crime organisé constitue un obstacle de taille à la lutte contre les activités de contrebande dans le port de Montréal. Il semble que cette situation soit en partie attribuable à l'incertitude et au morcellement des responsabilités en matière d'application de la loi, en particulier depuis le démantèlement de la Police de Ports Canada, en 1997. On a informé le Comité que la sécurité dans le port de Montréal est assurée par une entreprise contractuelle pour le compte de l'autorité portuaire, entreprise qui ne possède ni le pouvoir ni le mandat de faire appliquer la loi. De plus, bien que le service de police de Montréal réponde aux appels dans ce secteur, il n'effectue pas de rondes dans le port de Montréal[242]. Au cours des quatre dernières années, une force policière conjointe formée de la GRC, de la Sûreté du Québec, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et de l'ADRC a été chargée de mener des enquêtes sur les activités du crime organisé dans le port de Montréal. Des représentants de cette force policière ont indiqué aux membres du Comité qu'ils souhaitent le retour des patrouilles policières dans le port de Montréal[243]. Pour ce qui concerne la côte ouest, le chef adjoint Peter Ditchfield, de la Organized Crime Agency of British Columbia (agence de surveillance du crime organisé de la Colombie-Britannique), a déclaré ce qui suit au Comité : « Les ports de mer de Colombie-Britannique sont infiltrés depuis longtemps par les groupes de criminels organisés. Ils s'en servent pour faciliter l'importation de nombreux types de drogues, dont les plus connues sont la cocaïne et l'héroïne[244]. »

---

240 L.C. 2001, ch. 25.

241 Brian Flagel, directeur, Services frontaliers des douanes, district de l'aéroport international de Vancouver, Agence des douanes et du revenu du Canada, témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

242 Pierre Primeau, GRC, force policière conjointe du port de Montréal, témoignage devant le Comité, 21 novembre 2001.

243 *Ibid.*

244 Témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

Au terme d'une étude ayant trait à la sécurité dans les ports canadiens, le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense a publié un rapport en février 2002. Il y présente des conclusions semblables sur une présence policière insuffisante, du moins dans le port de Montréal, et des indications qu'*un nombre « assez* important » de débardeurs possèdent un casier judiciaire. Le Comité sénatorial a alors recommandé une vérification obligatoire des antécédents des employés actuels et éventuels du port afin de déceler toute menace potentielle à la sécurité[245].

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir avec certitude si d'autres grands ports du Canada connaissent les mêmes problèmes, il est évident que le crime organisé compromet la sécurité dans les ports de Montréal et de Vancouver et présente une menace bien réelle pour la population canadienne. De plus, il semble que les initiatives policières conjointes commencent à porter des fruits pour ce qui est de réduire ces activités criminelles. Le Comité croit cependant que le recours à des mesures efficaces d'application de la loi dans les ports canadiens nécessitera des ressources supplémentaire et une intégration accrue, ou les deux afin de répondre aux préoccupations croissantes et en matière de sécurité et d'interdiction, qu'il s'agisse de créer une force policière distincte ou d'accroître l'efficacité des ressources actuelles.

4.1 CONSTATATION DU COMITÉ — CONTRÔLE FRONTALIER

Le Comité est arrivé à la constatation suivante :

√ *Le Canada doit accroître l'efficacité de ses activités de contrôle frontalier et de ses efforts visant l'interdiction des substances illicites, sans toutefois entraver outre mesure la circulation efficace des biens licites.*

RECOMMANDATION 36

Le Comité recommande que le ministre du Revenu national améliore l'efficacité des activités de contrôle frontalier en veillant à ce que des ressources adéquates, notamment de l'équipement à la fine pointe, soient affectées à ces activités.

RECOMMANDATION 37

Le Comité recommande que la Gendarmerie royale du Canada et l'Agence des douanes et du revenu du Canada soient chargées de déployer les efforts supplémentaires nécessaires pour améliorer l'efficacité des activités de lutte antidrogue dans les grands ports du pays, en collaboration avec les organismes locaux d'application de la loi.

---

[245] *L'état de préparation du Canada sur les plans de la sécurité et de la défense*, 5e rapport du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, février 2002, p. 112.

5. CRIME ORGANISÉ

> *Le commerce de la drogue continue d'être une source très importante de recettes pour la plupart des groupes du crime organisé. D'après les estimations, environ 80 p. 100 de leurs fonds proviennent de ce commerce. L'ecstasy s'ajoute désormais au cannabis, à l'héroïne et à la cocaïne au nombre des produits les plus populaires au Canada. Le marché canadien des drogues illicites offre un potentiel de ventes qui s'inscrit entre 4 et 18 milliards de dollars au prix de la rue. La Organized Crime Agency (Agence de surveillance du crime organisé) évalue à 6 milliards de dollars par année l'industrie britano-colombienne de la marihuana*[246].

Le chef adjoint Ditchfield a confirmé l'importance du marché de la marijuana en Colombie-Britannique, soulignant qu'on estime qu'il existe entre 15 000 et 20 000 plantations illégales de marijuana dans la vallée du bas Fraser. Les profits de cette industrie « nourrissent le crime organisé dans la province et financent l'importation et la fabrication de drogues qui sont beaucoup plus nocives pour la santé et la sécurité des Canadiens[247] ».

Le Comité a entendu les témoignages d'organismes d'application de la loi et de spécialistes en élaboration de politiques, qui ont expliqué le rôle du crime organisé dans la production, l'importation, l'exportation et la distribution de toutes sortes de substances illicites à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. Certains témoins ont également établi un lien entre le crime organisé et le financement d'organisations terroristes aux quatre coins du monde. Même s'il ne fait aucun doute que le crime organisé est engagé dans le trafic de substances illicites et qu'il en tire d'énormes profits, le Comité a constaté qu'il n'y a pas une grande unanimité sur les politiques ou les réformes législatives qui permettraient de mieux s'attaquer à ce problème. Par exemple, des témoins ont déclaré que la prohibition était à la source d'une grande partie des méfaits associés au trafic de substances illicites et au crime organisé.

> *Bref, il est difficile d'imaginer meilleure façon d'engendrer et de maintenir la violence, la corruption, le crime organisé, la destruction des libertés civiles, les morts inutiles, la misère et le dysfonctionnement social que les politiques prohibitionnistes défendues par les décideurs et les parlementaires canadiens au cours des 90 dernières années*[248].

D'autres témoins se sont dits en profond désaccord avec ceux qui affirment que la levée de la prohibition réduirait les activités du crime organisé.

---

246 R. G. Bob Lesser, surintendant principal, Sous-direction de la police des drogues, Direction des services fédéraux, GRC, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

247 Témoignage devant le Comité, 3 décembre 2001.

248 E. Oscapella, *Witch Hunts and Chemical McCarthyism: The Criminal Law and Twentieth Century Canadian Drug Policy*, mémoire présenté au Comité, le 28 février 2002.

Le statut illégal d'une substance n'est qu'un irritant mineur pour les organisations criminelles. Le profit est le facteur qui les motive. Nous voyons ces groupes prendre part aux activités illégales entourant l'alcool et le tabac[249].

Les représentants des organismes d'application de la loi étaient plutôt d'avis qu'il faut déployer des ressources additionnelles et renforcer les lois pour obtenir de meilleurs résultats dans la lutte contre le trafic et la consommation de substances illicites.

Reconnaissant la gravité de la situation, le Parlement a récemment entrepris une réforme législative ayant pour but de s'attaquer aux problèmes découlant du crime organisé et du blanchiment d'argent. En 1995, le projet de loi C-95 a permis de donner des pouvoirs additionnels aux policiers en matière d'enquête et d'accusations concernant les activités des groupes criminalisés[250]. En 1999, le projet de loi C-51 a permis d'accorder aux policiers une protection en matière de responsabilité criminelle concernant certaines activités associées au blanchiment d'argent, pour les besoins d'une enquête[251]. Plus récemment, des modifications proposées dans le cadre du projet de loi C-24 ont permis de renforcer les dispositions du *Code criminel* portant sur les activités criminelles, les gangs et le blanchiment d'argent. Cette refonte a été réalisée à la suite de la publication, en octobre 2000, d'un rapport du Sous-comité sur le crime organisé du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes[252].

Le Comité n'est pas en faveur de l'élimination des interdictions frappant les substances illicites dans le but de supprimer les incitatifs financiers que leur trafic procure vraisemblablement aux groupes criminalisés. En revanche, le Comité ne croit pas qu'il soit nécessaire de procéder à d'autres réformes législatives à ce stade-ci, puisqu'il est trop tôt pour évaluer les résultats des modifications apportées au *Code criminel* et des autres initiatives que nous venons de mentionner. Le Comité reconnaît toutefois qu'il est nécessaire d'évaluer systématiquement la mise en œuvre et l'efficacité de ces mesures afin de déterminer si d'autres modifications législatives s'imposent.

5.1 CONSTATATIONS DU COMITÉ — CRIME ORGANISÉ

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

√ *En dépit du fait que la prohibition et la réglementation des substances désignées représentent la structure dont se sert le crime organisé pour créer ses marchés, la société canadienne n'est pas prête à laisser tomber ces contrôles, ou dotée des outils nécessaires pour le faire,*

---

249 Surintendant Carl Busson, officier responsable de la Sous-direction de la police des drogues, GRC, témoignage devant le Comité, 23 décembre 2001.

250 L.C. 1997, ch. 23.

251 L.C. 1999, ch. 5.

252 L.C. 2001, ch. 32.

dans le simple but de prévenir les activités criminelles, puisque l'usage libre de la plupart des substances contrôlées présente des risques réels pour la santé humaine.

- *Il faut veiller à ce que le système de justice pénale du Canada soit doté des mécanismes d'application nécessaires pour saisir les profits considérables que le commerce des substances illicites procure aux organisations criminelles.*

RECOMMANDATION 38

Le Comité recommande que l'on confie à un comité de la Chambre des communes le mandat d'examiner l'application du *Code criminel* et d'autres dispositions récemment promulguées régissant le crime organisé et le blanchiment d'argent, pour faire en sorte que les organismes d'application de la loi disposent des pouvoirs législatifs et des ressources nécessaires pour cerner efficacement ces activités.

RECOMMANDATION 39

Le Comité recommande que la *Loi sur l'administration des biens saisis* soit modifiée de manière à ce qu'un pourcentage du produit décrit à l'article 10 de la Loi, concernant l'imposition d'amendes et la confiscation de biens relativement à des infractions liées à des substances désignées ou à des infractions de criminalité organisée, soit utilisé pour aider les organismes communautaires à assurer la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue. (Cette mesure ne vise pas à remplacer le financement de base de la Stratégie.)

CHAPITRE 7 : LES TRAITÉS INTERNATIONAUX ET LA RÉFORME LÉGISLATIVE

Un débat approfondi sur la politique antidrogue conduit inévitablement à une discussion sur la justification (ou le manque de justification) du recours au droit pénal comme principale méthode de répression ou de contrôle social de la consommation non médicale de substances psychoactives. La Commission Le Dain a très bien formulé la question en 1973 :

> *La loi constitue l'instrument privilégié de toute politique sociale et détermine le cadre des autres mesures. Le recours à la législation pour restreindre l'usage des stupéfiants pose non seulement la question des principes, mais aussi celle des moyens. Autrement dit, quelle sera l'efficacité des mesures judiciaires, compte tenu des conséquences néfastes qu'elles peuvent avoir pour les particuliers et pour la société*[253].

Le Comité a entendu des réponses très divergentes à ces questions ainsi qu'une foule de recommandations, certaines proposant même de légaliser la possession et la consommation de presque toutes les substances, d'autres, à l'opposé de ce point de vue, préconisant plutôt d'affecter des ressources supplémentaires et de mettre plus de zèle à la mise en application des interdictions existantes. Le présent chapitre examine les obligations nées de traités internationaux dans le contexte de ces recommandations.

Presque tous les témoins conviennent que la politique du Canada en matière d'usage nocif de substances psychoactives laisse à désirer et doit être réformée. Certains estiment qu'il faut, entre autres, apporter des modifications au cadre législatif. Nombre de ceux qui maintiennent que l'interdiction et(ou) la criminalisation causent plus de tort que les substances elles-mêmes favorisent la suppression des sanctions pénales au moins pour la possession et la consommation[254]. D'autre part, certains de ceux qui favorisent l'assouplissement de la législation font des distinctions entre les substances et soutiennent, par exemple, que la légalisation de l'héroïne n'est probablement pas une bonne idée[255]. Mis à part les effets négatifs du recours au système de justice pénal, beaucoup soutiennent que l'interdiction contribue à la marginalisation des consommateurs de substances qui peuvent de ce fait avoir du mal à obtenir les soins de santé et les services sociaux dont ils ont grand besoin[256].

---

253 Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, Information Canada, Ottawa, 1973, p. 45.

254 Diane Riley, Fondation canadienne pour une politique sur les drogues et Association internationale pour la réduction des méfaits des drogues, mémoire au Comité, 18 février 2002, p. 7.

255 Robert Adamec, professeur, témoignage devant le Comité, 16 avril 2002.

256 Lindsay Lyster, Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, mémoire au Comité, 5 décembre 2001, p. 5.

Ceux qui soutiennent l'opposé de ces opinions craignent pour leur part que l'assouplissement de la législation n'entraîne une forte augmentation de la consommation. Ils ne sont généralement pas disposés à reconnaître l'échec du système, estimant que « les lois actuelles du Canada ont réussi à réduire les méfaits causés par la consommation de substances illicites » et que, par conséquent, « nous devons renforcer une approche équilibrée apte à assortir les crimes graves de conséquences significatives et proportionnelles combinées à des mesures de renforcement des comportements souhaités auprès de nos jeunes »[257]. Ceux qui sont favorables au statu quo législatif croient généralement que la prohibition a un large effet dissuasif et qu'elle pourrait être plus efficace si la répression était renforcée.

1. TRAITÉS INTERNATIONAUX

Le Canada est partie aux trois conventions internationales négociées sous les auspices des Nations Unies. Ces traités forment un cadre à l'intérieur duquel les propositions de modification de la prohibition actuelle doivent être examinées.

a) La Convention unique sur les stupéfiants (1961)[258]

La convention de 1961 est dite unique parce qu'elle remplace plusieurs conventions internationales[259]. Elle a été modifiée en 1972 par le *Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.* Le préambule de la Convention reconnaît que l'usage médical des stupéfiants « demeure indispensable pour soulager la douleur » tout en précisant que « la toxicomanie est un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité ». La Convention a pour principal objectif de limiter la production et le commerce de ces substances à la quantité nécessaire pour répondre aux besoins médicaux et scientifiques des États parties[260].

Quel est l'effet de ce traité sur la législation canadienne? Selon un avocat du ministère de la Justice, « la Convention unique exige la criminalisation de certaines activités, notamment de la culture, la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la possession, la mise en vente, la vente, l'achat, l'importation et l'exportation des stupéfiants »[261]. Les substances visées sont réparties entre les tableaux joints à la Convention suivant le niveau de contrôle auquel elles sont assujetties. La morphine, la cocaïne, le cannabis et la résine de cannabis figurent au tableau I. Certaines dispositions s'appliquent expressément à la culture des plantes dont on extrait l'opium, la cocaïne et

---

257 Détective Glen Hayden, Association canadienne des policiers, témoignage devant le Comité, 8 mai 2002.

258 Le texte intégral de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961* est accessible au site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants à l'adresse suivante : incb.org/e/.

259 Daniel Dupras, Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues, Bibliothèque du Parlement, 20 octobre 1998, p. 40.

260 *Ibid.*

261 Paul Saint-Denis, avocat-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice, témoignage devant le Comité, 1er octobre 2001.

le cannabis. Les parties sont tenues de produire un rapport annuel sur l'application de la Convention sur leur territoire et de fournir « le texte des lois et règlements adoptés pour donner effet à celle-ci »[262]. Le rapport doit être présenté au Secrétaire général et renfermer tous les renseignements pouvant être demandés par la Commission des stupéfiants du Conseil économique et social des Nations Unies.

b) La Convention sur les substances psychotropes (1971)[263]

En 1971, la *Convention sur les substances psychotropes* a complété la Convention unique en frappant de mesures aussi rigoureuses un certain nombre de substances non visées par la Convention unique. Il s'agit principalement de préparations synthétiques de stimulants (amphétamines), de dépresseurs (tels que benzodiazépines et barbituriques) et d'hallucinogènes (tels que psilocybine, LSD). Là encore, le préambule reconnaît la valeur « scientifique et médicale » de ces substances et la nécessité d'en limiter l'usage à ces fins légitimes. Là encore, les parties sont tenues de remettre au Secrétaire général un rapport annuel sur l'application de la Convention sur leur territoire et sur « les modifications importantes apportées à leurs lois et règlements relatifs aux substances psychotropes»[264].

c) La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988)[265]

Le préambule de cette convention adoptée en 1988 mentionne « les liens entre le trafic illicite et d'autres activités criminelles organisées connexes qui minent les économies légitimes et menacent la stabilité, la sécurité et la souveraineté des États ». L'article 3 exige que chaque partie « adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale conformément à son droit interne » à la fabrication, à la fabrication, à la distribution, à l'importation, à l'exportation, à la vente, etc., de stupéfiants et de substances psychotropes en violation des dispositions des conventions de 1961 ou de 1971[266]. Les parties sont tenues d'en faire autant pour « la possession, l'achat ou la culture de stupéfiants ou de substances psychotropes destinés à la consommation personnelle » en violation des dispositions des conventions de 1961 ou de 1971, mais « sous réserve de ses principes constitutionnels et des principes fondamentaux de son système juridique »[267].

---

262 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961, article 18.

263 Le texte intégral de la *Convention sur les substances psychoactives* est accessible au site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants à l'adresse suivante : incb.org/e/.

264 Convention sur les substances psychoactives, article 16.

265 Le texte intégral de la *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychoactives* est accessible au site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants à l'adresse suivante : incb.org/e/.

266 Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychoactives, paragraphe 3(1)(a).

267 Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychoactives, paragraphe 3(2).

2. LÉGISLATION CANADIENNE

Étant donné les obligations du Canada aux termes de ces trois traités, la question se pose de savoir si les parties peuvent modifier les interdictions ou les sanctions nationales relatives aux stupéfiants et aux substances psychoactives sans contrevenir aux conventions, ou, le cas échéant, dans quelle mesure elles peuvent le faire. Les avis quant aux limites qu'imposent ces obligations varient grandement, notamment en ce qui concerne les produits du cannabis. Par exemple, certains soutiennent que, l'intention sous-jacente à l'interdiction de détention (possession) de cette substance, prévue par l'article 36 de la Convention unique, « se limitait à la détention en vue du trafic »[268]. À l'inverse, la Commission Le Dain a exprimé l'avis que l'article 36 oblige le Canada à traiter comme étant une infraction aux lois pénales la possession « de cannabis, de cannabine (résine de cannabis) et d'extraits et de teintures de cannabis »[269]. Néanmoins, il appert que certains signataires européens des trois conventions ont trouvé moyen d'atténuer la portée de leur législation sur les drogues sans lever les interdictions. On peut le constater en consultant l'aperçu comparatif du traitement réservé au cannabis dans sixpays européens, présenté dans une étude menée pour The Independent Inquiry on the Misuse of Drugs Act, 1971[270].

Les parties contreviendraient peut-être aux conventions des Nations Unies en légalisant (ou en cessant d'interdire) les substances qu'elles visent. Cela dit, l'incidence qu'aurait une modification de moindre importance ou une modification marginale est beaucoup moins claire. Par exemple, un fonctionnaire du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international a déclaré au Comité que « les avocats du ministère des Affaires étrangères estiment en général qu'il ne serait pas possible de décriminaliser le cannabis sans contrevenir aux trois conventions ». Il a cependant ajouté que « les parties jouissent d'une certaine latitude pour déterminer les sanctions qu'elles imposent pour se plier aux conventions » et que l'obligation de criminaliser certaines activités « ne limite pas les seuils auxquels il faut les criminaliser, d'où la possibilité d'établir certains seuils ».[271] Le Comité infère de ces observations que le Canada jouit d'une certaine latitude aux termes des conventions pour modifier la nature des conséquences juridiques des infractions aux lois nationales comme la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, et(ou) le seuil d'application des diverses sanctions. De toute évidence, il faudrait que toutes les mesures tendant à légaliser ou à décriminaliser les substances interdites par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, ou à modifier les sanctions qu'elle prévoit, soient examinées dans le contexte des obligations internationales du Canada.

---

[268] Dupras, p. 22.

[269] Le cannabis : Rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, Information Canada, Ottawa, 1972, p. 212.

[270] Nicholas Dorn, Alison Jamieson, *Room for Manœuvre*, Drugscope, Londres, mars 2000.

[271] Terry Cormier, directeur, Direction du crime international, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, témoignage devant le Comité, 27 août 2002.

Le Comité reconnaît que la mise en application des interdictions visant les substances psychoactives peut avoir de graves répercussions sur la vie des personnes qui en dépendent et que, dans certains cas, ces répercussions dépassent peut-être les méfaits que causent les substances. En revanche, il croit que l'interdiction de certaines substances découragent probablement une bonne partie de la population d'en consommer. De plus, tant que la communauté internationale, y compris les voisins et les partenaires commerciaux du Canada, s'en tiendra à un régime d'interdiction, nul ne saurait prévoir les répercussions juridiques, sanitaires et sociales qu'entraînerait un changement de politique radical de la part d'un seul pays. Par conséquent, le Comité n'est pas convaincu pour le moment que tout avantage qu'il pourrait y avoir à légaliser en masse les substances illicites, ou même leur possession à des fins d'usage personnel, compenserait les conséquences éventuellement néfastes d'une telle mesure. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas consensus parmi les membres du Comité sur l'opportunité d'abroger l'une ou l'autre des interdictions prévues par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

CHAPITRE 8 : LA POLITIQUE ANTIDROGUE D'AUTRES PAYS

Le Comité spécial s'est rendu aux États-Unis, en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas pour se renseigner de première main sur la politique antidrogue de ces pays et consulter leurs experts en consommation de substances, toxicomanie et dépendance. Pendant ces visites, il s'est entretenu avec des spécialistes de la politique antidrogue, des élus, des policiers et des fonctionnaires ainsi qu'avec des chercheurs, des experts en toxicomanie et des fournisseurs de soins. Le présent chapitre offre un bref commentaire sur la politique antidrogue de chacun des pays et sur les modalités de sa mise en œuvre ainsi qu'une description succincte des plus novateurs parmi les centres de traitement « à seuil bas » ou à accès élargi (« low-threshold treatment services ») que les membres du Comité ont pu visiter.

1. ÉTATS-UNIS

> *Réduite à sa plus simple expression, la politique antidrogue comporte deux volets : modifier le comportement individuel pour décourager et réduire la consommation de drogue et désorganiser le marché des substances illicites. Ces deux éléments se renforcent mutuellement*[272].

La déclaration de 2002 de la Maison-Blanche sur la politique antidrogue reconnaît la nécessité de réduire à la fois la demande et l'approvisionnement, ce qui est l'un des « principes de base » de la *Stratégie canadienne antidrogue*[273]. Selon le *National Drug Control Strategy*, le coût économique de la consommation de substances psychoactives aux États-Unis aurait totalisé 160 milliards de dollars en 2000, soit une hausse de 57 % par rapport à 1992. L'estimation englobe trois grands éléments : les soins de santé (14,9 milliards), les pertes de productivité (110,5 milliards) et les autres frais (35,2 milliards), y compris la criminalité, le système de justice pénale et l'aide sociale[274]. Les auteurs du document trouvent « profondément troublant » que plus de 50 % des élèves du second cycle du secondaire ont essayé des substances psychoactives au moins une fois avant l'obtention de leur diplôme et signalent que « l'engagement du gouvernement et des citoyens » a permis de réduire la consommation de substances psychoactives à la fin des années 1980 et au début des années 1990, « des diminutions ayant été observées tous les ans parmi les élèves de 12^{e} année entre 1985 et 1992 ». Afin de reprendre le terrain perdu, la *National Drug Control Strategy* vise à réduire de

---

272 *National Drug Control Strategy*, La Maison-Blanche, février 2002, p. 4.

273 Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, Santé Canada, Ottawa, 1998, p. 3.

274 *National Drug Control Strategy*, La Maison-Blanche, février 2002, p. 25.

10 % sur deux ans la consommation de substances psychoactives chez les jeunes (de 12 à 17 ans) et les adultes. L'objectif déclaré est de réduire de 25 % sur cinq ans la consommation de substances psychoactives dans les deux groupes d'âge[275].

Le Office of National Drug Control Policy de la Maison-Blanche a été établi par le *Anti-Drug Abuse Act* de 1988 pour « fixer les priorités, mettre en œuvre une stratégie nationale et certifier les budgets fédéraux de lutte contre la drogue »[276]. Le directeur de l'Office, dont le poste a été par la suite créé par décret, sert de « porte-parole principal du président en matière de lutte antidrogue ». L'actuel « drug czar », c'est-à-dire, le grand responsable national du dossier de la lutte antidrogue, John P. Walters, a prêté serment le 7 décembre 2001.

Établi en 1974, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) fait partie des National Institutes of Health du département de la Santé et des Services humanitaires des États-Unis. Il « soutient plus de 85 % de la recherche mondiale sur les aspects sanitaires de l'usage nocif des substances psychoactives et de la toxicomanie »[277]. Il encourage et mène des recherches cliniques et épidémiologiques « axées sur la mise au point de traitements pratiques, de stratégies de prévention et d'efforts éducatifs visant à remédier aux problèmes de l'usage nocif des substances psychoactives et de la toxicomanie »[278]. Il est à noter que le NIDA a appuyé un grand nombre de projets de recherche sur la consommation de substances au Canada et dans d'autres pays.

Le *Controlled Substances Act* (CSA) est la principale loi fédérale de contrôle des substances licites et illicites aux États-Unis[279]. Il répartit les substances contrôlées entre cinq annexes suivant « l'usage médical, le potentiel d'usage nocif et la sécurité ou le potentiel de dépendance »[280]. Par exemple, les substances figurant à l'annexe I, héroïne, marijuana, psilocybine, LSD, etc., sont considérées comme étant fortement susceptibles d'usage nocif et comme n'ayant aucun usage médicalement accepté. Les substances figurant à l'annexe II, comme la morphine, la codéine et certains stimulants et dépresseurs, présentent un « grand potentiel d'usage nocif », mais ont un usage médicalement accepté[281]. De nombreux États américains ont adopté la plupart des

---

275 *Ibid.*, p. 3.

276 Ces renseignements sont tirés du site Web de l'Office of National Drug Control Policy, à l'adresse suivante : www.whitehousedrugpolicy.gov/about/legislation.html.

277 Ces renseignements sont tirés du site Web du National Institute on Drug Abuse, à l'adresse suivante : www.drugabuse.gov/NIDAHome.html.

278 *Ibid.*

279 *Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970*, Title II, 21 U.S.C.

280 Ces renseignements sont tirés du *Controlled Substances Security Manual* de la Drug Enforcement Administration à www.deadiversion.usdoj.gov/pubs/manuals/sec/index.html.

281 *Ibid.*

dispositions du *Uniform Controlled Substances Act (1994)*, mais les peines varient d'un État à l'autre. Certains d'entre eux ont des lois qui autorisent l'usage de la marijuana à des fins médicales[282].

Il ne fait aucun doute que la politique fédérale antidrogue aux États-Unis mise sur la prohibition et sur des stratégies de réduction de la consommation de toutes les substances illicites. Cependant, il ne faudrait pas en conclure pour autant qu'il n'existe pas de divergences de vues en matière de politique, de traitement et d'application de la loi. Par exemple, le gouverneur de l'État du Nouveau-Mexique qualifie d'échec la guerre contre la drogue et préconise le traitement comme solution préférée dans les cas d'usage nocif de substances. En outre, certains organismes nationaux comme la Drug Policy Alliance s'appliquent à trouver des solutions de rechange relevant du domaine de la santé publique pour faire contrepoids aux politiques axées sur le recours à la justice pénale préconisées par la guerre contre la drogue[283]. Arguant que « la toxicomanie est mauvaise, mais que la guerre contre la drogue est pire », la Drug Policy Alliance préconise le traitement plutôt que l'incarcération, et en outre, des lois antidrogue axées sur les méfaits associés à l'usage de diverses substances.

Pendant son séjour aux États-Unis, le Comité a pu observer sur place à New York le fonctionnement d'un « programme d'échange de seringues » administré par la Harm Reduction Coalition. La Coalition est un organisme national dont l'objectif est de réduire les méfaits liés à la drogue chez les individus et dans les collectivités en lançant et en favorisant, à l'échelle locale, régionale et nationale, des initiatives, et interventions et en appuyant les activités d'organismes communautaires d'éducation qui visent la réduction des méfaits[284]. Dans un document publié par la Coalition, on indique que, pour être subventionnés par l'État et agréés par le ministère de la Santé de l'État de New York, les programmes d'échange de seringues doivent offrir une gamme complète de services, y compris des services d'orientation et d'éducation sanitaire. Bien qu'il soit permis d'affecter des crédits fédéraux à des « services autres que l'échange de seringues », le Comité a appris que le financement fédéral des programmes d'échange de seringues faisait l'objet d'une interdiction depuis 1988. Il ressort de la même publication que, depuis janvier 2001, il est légal dans l'État de New York d'acheter des seringues sans ordonnance dans les pharmacies sauf qu'il est interdit à celles-ci d'en faire la publicité et que le coût n'est pas couvert par Medicaid.

---

282 Le texte du *Uniform Controlled Substances Act (1994)* est accessible en ligne au site Web de la National Conference of Commissioners on Uniform State Laws à l'adresse suivante : www.nccusl.org/nccusl/default.asp.

283 Ces renseignements sont tirés du site Web de la Drug Policy Alliance à www.drugpolicy.org/.

284 Harm Reduction Coalition, *A Resource Guide for Providers*.

2. SUISSE

> *Répression et assistance ne sont pas sans générer des contradictions: la prohibition des drogues et la pénalisation des consommateurs font de ceux-ci des délinquants alors qu'il faut aussi pouvoir, dans une perspective de santé publique, les appréhender comme des malades qui ont besoin de soins*[285].

Comme la plupart des pays occidentaux, la Suisse interdit les substances utilisées à des fins non médicales depuis le début des années 1900. Après la première vague d'accroissement de la consommation de substances dans les années 1960, elle a révisé la *Loi sur les stupéfiants* en 1975 pour établir la distinction entre la consommation (passible de peines légères) et le trafic. En réaction à la propagation rapide du VIH et du sida parmi les utilisateurs de substances psychoactives injectables, des programmes d'échange de seringues ont été mis en place au début des années 1980 et, en 1991, le gouvernement suisse a approuvé un programme national visant à réduire les problèmes liés à la drogue. Connu sous le sigle « ProMeDro », il introduit la notion de réduction des méfaits.

Le gouvernement suisse a autorisé des essais cliniques de prescription médicale d'héroïne en 1994. À l'époque, les milieux où se pratiquent ouvertement les activités liées à la consommation de drogue à Zurich attirent l'attention mondiale et les partis politiques réclament une dépénalisation de la consommation de substances, une extension de la prescription médicale d'héroïne, un renforcement des mesures de prévention et « des condamnations plus lourdes à l'encontre des trafiquants »[286]. La même année, le gouvernement formule expressément son adhésion au modèle des quatre piliers, à savoir la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. Parallèlement, la notion de « crime organisé » fait son apparition dans le Code pénal et « les mesures visant à lutter contre le blanchiment d'argent sont renforcées ». En 1995, la pratique ouverte d'activités liées à la consommation de drogue à Zurich est interrompue et une deuxième Conférence nationale sur la drogue réaffirme les grands axes de la politique suisse des quatre piliers[287]. Les résultats des essais cliniques de traitement avec prescription d'héroïne publiés en 1997 « démontrent la faisabilité de ce type de traitement et qu'il permet d'obtenir de nettes améliorations, tant sur les plans physique, psychique que social, chez les toxicomanes gravement dépendants ayant échoué dans d'autres formes de traitement ». En octobre 1998, le Parlement adopte un arrêté qui assimile la prescription médicale d'héroïne à une nouvelle forme de thérapie.

Pendant son séjour en Suisse, le Comité a visité, à Berne, KODA-1, un centre de traitement avec prescription d'héroïne qui œuvre sous les auspices de l'Office fédéral de la santé publique. En Suisse, pour être admis au traitement avec prescription d'héroïne, il faut être âgé de 18 ans, être opiomane depuis au moins deux ans, avoir suivi en vain au

---

285 *La politique suisse en matière de drogues*, Office fédéral de la santé publique, septembre 2002.

286 *Ibid.*, p. 10.

287 *Ibid.*

moins deux fois un traitement et « souffrir de déficiences d'ordre médical et(ou) social »[288]. L'héroïne est administrée dans un cadre contrôlé par des fournisseurs de soins de santé travaillant sous la surveillance de médecins formés expressément au traitement de la dépendance aux substances.

Selon le *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001*, un projet de loi est à l'étude en Suisse, lequel prévoit la dépénalisation « de la consommation personnelle, de la culture, de la production, de la transformation, de la possession, de la détention et de l'achat de cannabis à des fins non médicales, pour autant que ces activités constituent des actes préalables à l'usage personnel et n'offrent pas à des tiers une occasion de consommer de la drogue »[289]. L'Organe international de contrôle des stupéfiants estime que le projet de loi n'est pas conforme aux traités internationaux relatifs au contrôle des substances psychoactives parce que, s'il était adopté, « la consommation personnelle et la culture, la fabrication, la production, la possession, la détention et l'achat de cannabis à des fins non médicales cesseraient d'être interdits »[290].

3. ALLEMAGNE

La politique antidrogue de l'Allemagne était guidée jusqu'à récemment par le « Plan national de lutte contre les stupéfiants » de 1990 issu d'un consensus entre le gouvernement fédéral et les gouvernements d'État. Après les élections de septembre 1998, le gros de la responsabilité fédérale en matière de politique antidrogue est passé du ministère de l'Intérieur au ministère de la Santé. En avril 2001, le ministère de la Santé a annoncé dans un communiqué que le « Plan national de lutte contre les stupéfiants » ne cadrait plus avec les derniers résultats de la recherche ou la fourniture de services d'assistance aux toxicomanes et qu'il était « axée trop exclusivement sur les substances illégales ». De plus, cette fixation sur les substances illégales faisait abstraction « des graves effets sociaux et physiques de l'usage nocif des substances toxicomanogènes légales ». Dans le même communiqué, le ministère préconisait l'élaboration d'une nouvelle stratégie sur la toxicomanie et les substances psychoactives assortie d'objectifs contraignants et de mesures concrètes pour les atteindre. Un nouveau concept de prévention visant à rendre les enfants et les jeunes « assez forts pour apprendre à gérer la colère, la tristesse et les échecs sans recourir à la bouteille, à la pilule ou à d'autres substances psychoactives » devait être la clé de la nouvelle stratégie[291].

---

288 Dr Martin Büechi, directeur adjoint, Section principale, Dépendances et sida, Office fédéral de la santé publique.

289 Voir page 40. Le rapport est accessible au site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants à l'adresse suivante : www.incb.org/e/index.htm.

290 *Ibid.*

291 *Les habitudes de consommation dangereuses augmentent parmi les jeunes*, ministère fédéral de la Santé, communiqué n° 7, 26 avril 2001.

Comme ailleurs en Europe, les grandes villes allemandes pratiquent une politique de réduction des méfaits. Francfort, Amsterdam, Hambourg et Zurich, entre autres, ont signé la résolution de Francfort qui stipule que les tentatives pour éliminer la consommation de substances psychoactives dans la société ont échoué et qu'il faudrait pratiquer des politiques de pénalisation qui permettent aux consommateurs de substances psychoactives de vivre leur vie dignement. Il existe des salles d'injection et la loi fédérale a été modifiée en conséquence[292].

Dans un rapport publié en mai 2002, le commissaire aux drogues du gouvernement fédéral note l'ouverture d'une 20e salle de consommation de substances psychoactives où l'on peut s'injecter des substances psychoactives provenant de la rue dans des conditions hygiéniques[293]. À propos d'un projet pilote de traitement avec prescription d'héroïne, il déclare que des essais ont été menés dans sept villes depuis mars 2002 avec des héroïnomanes de longue date gravement malades pour lesquels les thérapies classiques d'abstinence ou de substitution n'ont pas donné de résultats. Il note également qu'environ la moitié des héroïnomanes suivent un traitement sans substances psychoactives ou à base d'une substance de remplacement[294].

Il est ressorti d'une évaluation initiale des salles de consommation de substances psychoactives menée par le ministère fédéral de la Santé qu'elles répondaient aux principaux objectifs fixés par le Parlement « d'assurer la survie, de stabiliser la santé et d'obtenir la rééducation d'un grand nombre de membres du groupe-cible de toxicomanes difficiles à rejoindre ». Le rapport note également que « la réduction l'an dernier du nombre des décès liés à la drogue montre que le gouvernement fédéral est sur la bonne voie avec ce programme ».

En vigueur depuis janvier 1982, la *Loi sur les stupéfiants* de l'Allemagne énumère toutes les substances qui figurent dans les tableaux des conventions de l'ONU sur les stupéfiants et les substances psychoactives. L'annexe I comprend les stupéfiants illicites « sans bienfait médical » comme le cannabis et l'héroïne, l'annexe II « les stupéfiants qui servent commercialement à la fabrication d'autres produits, comme les produits pharmaceutiques », et l'annexe III « les narcotiques disponibles sur ordonnance» comme l'opium, la morphine et la méthadone[295]. Comme la législation canadienne, la *Loi sur les stupéfiants* allemande réglemente également le commerce légal, la fabrication et la prescription de stupéfiants et prévoit des sanctions pénales et administratives. La

---

292 Ces renseignements sont tirés de documents publiés par l'Australian Institute of Criminology, accessibles en ligne à l'adresse suivante : www.aic.gov.au/research/drugs/international/germany.html.

293 Commissaire aux drogues de l'Allemagne, L'aide aux toxicomanes a fait l'objet de réformes — il y a de nouveaux défis à relever, *Rapport sur les drogues et la toxicomanie*, mai 2002.

294 *Ibid.*

295 Ces renseignements sont tirés des documents publiés par la *European Legal Database on Drugs*, accessibles en ligne à l'adresse suivante : eldd.emcdda.org/databases/eldd_country_profiles.cfm?country=DE.

législation allemande combat également le trafic à grande échelle au moyen de lois visant le crime organisé et le blanchiment d'argent. Bien que la consommation de stupéfiants ne constitue pas une infraction aux termes de la législation allemande, la possession en vue de la consommation personnelle peut l'être. Depuis que la Cour constitutionnelle fédérale a rendu en 1994 un arrêt fondé sur « l'interdiction des châtiments excessifs inhérente à la constitution allemande », la possession de petites quantités de cannabis à usage personnel ne donne généralement pas lieu à des poursuites[296].

Pendant son séjour en Allemagne, le Comité a visité plusieurs centres de traitement à Francfort, y compris le plus grand d'entre eux, le « Eastside ». Fondé en 1992 en réponse à la pratique ouverte d'activités liées à la consommation de drogue, le centre de traitement « Eastside » offre aux toxicomanes de longue date sans abri un toit, des occasions de travail et des salles d'injection ainsi qu'un autobus-navette qui assure la liaison avec le centre-ville. Le Comité a également visité deux installations du Centre d'urgence en toxicomanie situées au centre-ville. L'une d'entre elles offre un programme de substitution ainsi qu'une « salle de consommation » à l'intention des toxicomanes de plus de 18 ans qui ne suivent pas un programme de substitution. Bien que ces installations aient pour objectif déclaré de prévenir les urgences consécutives à la consommation de stupéfiants, elles offrent aussi aux toxicomanes l'accès à des traitements psychologiques et physiques.

4. PAYS-BAS

> *Une politique qui vise à protéger la santé est rentable en termes de réduction de la mortalité, de la morbidité et de la marginalisation. La situation dans plusieurs autres pays, où les usagers pour la plupart jeunes courent le risque de démêlés avec le système judiciaire, est considérée comme tout à fait indésirable aux Pays-Bas. Un casier judiciaire fait plus de tort que quelques années (en général) de consommation expérimentale de drogues*[297].

Les Pays-Bas comptent parmi les pays les plus densément peuplés de la planète. La société néerlandaise a pour trait caractéristique d'attacher une grande importance à la séparation de l'Église (ou de la moralité) et de l'État et à la qualité du système de bien-être social. La politique antidrogue néerlandaise reconnaît que la consommation de substances psychoactives est un problème qu'il faut aborder de façon pratique en prévenant ou en limitant les risques ou les méfaits qui y sont associés.

Coordonnée par le ministère de la Santé, la politique antidrogue est mise en œuvre aux termes de la *Loi sur l'opium*, qui prévoit des sanctions fondées sur la nocivité relative des diverses substances et la nature de l'infraction. La possession d'une quantité

---

296 *Ibid.*

297 Les renseignements de cette section sont tirés principalement d'un document intitulé *The Netherlands' Drug Policy*, présenté au Comité le 20 juin 2002 par Bob Keizer, conseiller en politiques relatives aux drogues au ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport des Pays-Bas.

maximale de 30 grammes de cannabis constitue une infraction, mais elle ne donne habituellement pas lieu à des poursuites. Bien que le trafic de petites quantités de cannabis constitue une infraction, le procureur s'abstient de poursuivre les débits connus sous le nom de « cafés » du moment qu'ils ne font pas de publicité, qu'ils ne vendent pas de drogues dures, qu'ils excluent de leur clientèle les jeunes de moins de 18 ans et qu'ils ne vendent pas plus de 5 grammes à la fois. Toutes les autres formes de trafic et de production font assidûment l'objet de poursuites un peu comme dans les pays voisins.

Pour mieux traiter les toxicomanes qui sont en mauvaise santé physique ou souffrent de problèmes psychiatriques, les Pays-Bas mènent auprès d'environ 600 usagers des essais de prescription d'héroïne dont les résultats sont attendus en 2003. Pour remédier aux nuisances sociales et judiciaires causées par un petit groupe de consommateurs, le gouvernement a ouvert de meilleures installations d'hébergement et des salles de consommation expérimentales (salles d'injection sûres) et mis à l'essai le traitement obligatoire de toxicomanes invétérés souvent reconnus coupables de petits méfaits.

Lors de son passage à Amsterdam, le Comité s'est entretenu avec le personnel et les administrateurs de l'Institut Jellinek, le plus ancien centre de traitement des alcooliques et des toxicomanes aux Pays-Bas et l'un des plus gros en Europe. Il traite également les gens qui ont des problèmes de jeu et offre des services de prévention, de formation et de recherche[298]. Le Comité a également visité un centre de traitement des consommateurs de substances qui, sous les auspices de l'Institut Jellinek, offre un programme de rééducation dont fait partie intégrante la formation professionnelle.

---

[298] Ces renseignements sont tirés du site Web de Prevnet Network à l'adresse suivante : www.prevnet.net/members/jellinek.html.

CHAPITRE 9 : LA MARIJUANA

1. MANDAT DU COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

Comme il a été expliqué au chapitre 1, le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a d'abord reçu le mandat d'étudier « les facteurs sous-jacents ou parallèles à l'usage non médical des drogues ou médicaments au Canada » et de soumettre des recommandations visant à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ». Ce mandat s'est élargi le 17 avril 2002 lorsque la Chambre des communes y a ajouté par ordre de renvoi le sujet du projet de loi d'initiative parlementaire C-344, *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (marihuana)*[299]. Le présent chapitre traite des dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* seulement dans la mesure où elles concernent la poursuite pénale se rapportant aux infractions liées à la marijuana[300].

Le projet de loi C-344 visait à modifier la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de faire de la possession, de la possession en vue de faire le trafic et du trafic de petites quantités de marijuana (un gramme ou moins de résine de cannabis et 30 grammes ou moins de cannabis), des infractions donnant lieu à une contravention. Les amendes prévues sont de 200 $ pour la première infraction, 500 $ pour la deuxième infraction et 1 000 $ pour toute autre récidive. À l'heure actuelle, la possession de petites quantités est une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible d'une amende maximale de 1 000 $ et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces deux peines. Le trafic de moins de 3 kg de résine de cannabis ou de marijuana est un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de 5 ans moins un jour[301]. À l'appui de ce projet de loi, le D[r] Martin soutient qu'il permettrait de soulager les tribunaux, d'économiser de l'argent et de libérer des ressources policières pouvant être affectées à la répression d'infractions plus graves.

2. OPTIONS LÉGISLATIVES

Le Comité a entendu toutes sortes de suggestions concernant le régime juridique du cannabis. Certains intervenants recommandent la légalisation réglementée ou non.

---

299 Déposé le 4 mai 2001 par le D[r] Keith Martin (Esquimalt—Juan de Fuca). Une version antérieure du projet de loi a franchi l'étape de la première lecture le 26 octobre 1999; voir le projet de loi C-266, 2[e] session, 36[e] législature.

300 Comme cette étude porte sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, il n'y est pas question de l'efficacité et du fonctionnement du *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*.

301 Le trafic ou la possession en vue du trafic de plus de 3 kg est un acte criminel passible de l'emprisonnement à perpétuité; voir les paragraphes 5(1) et (2) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Certains préconisent une forme de décriminalisation qui ferait de la possession une infraction non criminelle, d'autres préfèrent une démarche plus prudente qui maintiendrait les interdictions actuelles tout en offrant des options de déjudiciarisation plus nombreuses et meilleures comme moyen d'éviter certains des méfaits associés aux poursuites. D'autres encore prônent l'alourdissement des peines du moins pour les infractions de trafic ainsi qu'un engagement renouvelé en faveur de l'abstinence. Certains professionnels de la santé pensent qu'il faudrait augmenter et améliorer la recherche sur les effets du cannabis avant de modifier la loi afin de permettre un débat éclairé tandis que d'autres font remarquer que, en raison de l'illégalité du cannabis, « plusieurs s'opposent à la réalisation d'études à ce sujet »[302].

Aux fins de la discussion, le Comité entend par *légalisation* la suppression de toutes les sanctions pénales frappant la production, la vente ou la possession d'une substance donnée. La légalisation n'implique pas la suppression de tous les contrôles réglementaires. En fait, la possibilité de réglementer la production et l'offre, de taxer et de limiter l'accès en fonction de l'âge est souvent citée comme un grand avantage de la légalisation. Le Comité entend par *décriminalisation* le fait de supprimer les sanctions *pénales* frappant certaines activités tout en maintenant les interdictions légales. La décriminalisation permettrait de continuer d'intenter des poursuites au pénal pour un grand nombre ou la plupart des activités liées à une substance illicite comme le cannabis. Cependant, en même temps, elle ferait en sorte que la possession de petites quantités de la substance à des fins d'usage personnel soit considérée comme une infraction réglementaire ayant des conséquences semblables à celles dont sont assorties les infractions au code de la route provincial. Suivant ce système, la poursuite de l'infraction réglementaire pourrait être entamée par la délivrance d'une contravention, des amendes pourraient être payées sans comparution et l'application de la loi ne donnerait pas lieu à une condamnation.

Le Comité a entendu plusieurs personnes qui estiment que les poursuites ayant trait aux infractions liées à la marijuana absorbent une part excessive des ressources limitées du système de justice pénale. On évoque souvent les éventuelles répercussions négatives d'une condamnation pour possession, comme argument en faveur d'une modification de la loi. La possibilité d'une application inégale ou incohérente de la loi peut en conduire certains à préconiser des modifications législatives de manière à éviter que les uns ne se voient infliger une grosse amende et ne se retrouvent avec une condamnation pour possession d'une faible quantité, alors que d'autres s'en tirent avec un avertissement et(ou) la confiscation du cannabis. Certains témoins soutiennent que les autorités policières ne ciblent plus la possession de cannabis parce qu'elles préfèrent s'en tenir aux poursuites liées à des infractions plus graves prévues par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Il ressort toutefois de statistiques récentes que la majorité des infractions liées au cannabis faisant l'objet d'une poursuite à l'heure actuelle sont des infractions de possession. Par exemple, Statistique

---

302 Eugene Oscapella, Fondation canadienne pour une politique sur les drogues et Réseau pour la réduction des méfaits, témoignage devant le Comité, 28 février 2001.

Canada note que le cannabis est en cause pour environ trois quarts des 91 920 infractions liées à la drogue déclarées par les services de police canadiens en 2001. Or, dans 70 % des cas, il s'agit d'infractions de possession[303].

Les arguments suivants sont souvent invoqués en faveur de la légalisation :

- les sanctions pénales qui n'ont pas l'appui d'une forte majorité de la population conduisent à une diminution du respect pour la loi et ceux qui la font respecter;

- l'illégalité de la marijuana a pour effet d'exposer les consommateurs à des trafiquants qui offrent aussi des substances plus nocives (la « séparation des marchés » est souvent citée comme une des principales motivations de la politique néerlandaise ayant trait à la marijuana)[304];

- la légalisation offre la possibilité de réglementer et de taxer ainsi que de limiter l'accès en fonction de l'âge.

Ceux qui s'opposent à la légalisation du cannabis invoquent le plus souvent les raisons suivantes :

- en normalisant l'usage, le message véhiculé par la levée des interdictions est inapproprié, surtout à l'égard des jeunes[305]. Par exemple, plusieurs personnes soutiennent que la publicité entourant l'usage médical de la marijuana est perçue par certains comme un acquiescement à ses effets favorables sur la santé;

- le cannabis sert d'« introduction » à des substances psychoactives plus nocives sinon directement par la dépendance, du moins indirectement par le milieu social et les risques inhérents au comportement[306].

La majorité des membres du Comité sont persuadés qu'il faut réformer la législation sur le cannabis pour diverses raisons. Ils conviennent, par exemple, que, comme la loi semble être appliquée de façon sporadique, inégale et variable d'une région à l'autre, sa mise en œuvre risque d'être incohérente et injuste. Ils conviennent également que les conséquences d'une condamnation au criminel pour simple possession de cannabis sont sans commune mesure avec les méfaits potentiels

---

303 Josée Savoie, « Statistiques de la criminalité au Canada, 2001 », *Juristat*, Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° de catalogue 85-002-XIF, vol. 22, n° 6, p. 11.

304 Cette théorie repose sur l'argument suivant : du fait que l'accès à une substance comme le cannabis est légal, les acheteurs éventuels ne sont plus obligés de frayer avec des criminels dont plusieurs peuvent être mêlés à la vente de substances beaucoup plus nocives.

305 Ernie How, Services de toxicomanie — Malades externes, témoignage devant le Comité, 23 mai 2002.

306 Caporal Ken Murray, GRC, témoignage devant le Comité, 15 avril 2002.

associés à une consommation personnelle. Cela est particulièrement vrai lorsqu'on songe au tort que cause tous les jours la consommation de substances licites comme le tabac, l'alcool et certains médicaments en vente libre d'usage courant.

Toutefois, le Comité partage l'inquiétude d'un grand nombre d'éducateurs, de fournisseurs de traitement et de policiers, entre autres, qui craignent que nombre de Canadiens, et de jeunes en particulier, perçoivent la légalisation comme une indication que l'usage répandu du cannabis ne préoccupe pas le Parlement. Au moins en ce qui concerne le Comité, il n'en est strictement rien. En fait, le Comité a entendu des professionnels de la santé, des spécialistes de la toxicomanie et des fournisseurs de traitement déclarer que la consommation fréquente et prolongée de cannabis pouvait conduire à la dépendance et à des problèmes sociaux chez certains usagers. En outre, le Dr Mark Zoccolillo a exprimé des inquiétudes concernant la fréquence de la consommation de marijuana chez les élèves qu'il a examinés ainsi que l'éventuel effet perturbateur de cette consommation sur la mémoire à court terme ou « opérationnelle » et ses conséquences à long terme pour ce groupe d'âge. Enfin, le Comité n'est pas convaincu que la légalisation assortie de réglementation supprimerait les bénéfices tirés de la production et de la vente illégales du cannabis ou découragerait de façon notable les criminels qui en font la distribution.

Pour ces raisons, le Comité préférerait qu'on maintienne les infractions liées au cannabis prévues par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, mais qu'on décriminalise la possession simple en la désignant comme une « contravention » à peu près dans le sens où on l'entend aux termes du projet de loi C-344[307]. Cependant, à l'encontre du projet de loi C-344, le Comité n'appuie pas l'allégement des peines afférentes au trafic ou à la possession en vue du trafic. Le Comité préférerait donc que la possession et(ou) la culture à des fins d'usage personnel donnent lieu à la délivrance d'une contravention sauf en cas de circonstances aggravantes. Par exemple, compte tenu des préoccupations des services de police en matière de sécurité et de maintien de l'ordre, le Comité croit qu'il convient de continuer à engager des poursuites au criminel pour les infractions de possession liées aux violations ayant trait à la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies aux termes de la *Loi réglementant certains drogues et autres substances*[308]. Il se peut que la mise en œuvre de ces propositions oblige à réviser les infractions de possession prévues par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* de manière à maintenir les peines prévues à l'heure actuelle pour les infractions de possession avec circonstances aggravantes.

Le Comité a longuement délibéré sur l'opportunité de maintenir les sanctions pénales à l'égard de la simple possession de cannabis en rapport avec les écoles et les autres endroits fréquentés par les jeunes. Cependant, la plupart des membres du Comité hésitaient à proposer une façon de procéder qui en impose davantage aux jeunes qu'aux

---

307 Au nom de la logique, il serait peut-être souhaitable de traiter la culture à des fins d'usage personnel de la même façon, si, d'un point de vue pratique et administratif, il est possible de le faire.

308 Surintendant principal Bob Lesser, Sous-direction de la police des drogues, Direction des services fédéraux, GRC, témoignage devant le Comité, 3 octobre 2001.

adultes. En outre, le trafic ou la possession en vue du trafic dans une école ou un autre endroit fréquenté par les moins de 18 ans ou à proximité, et le trafic avec des moins de 18 ans sont déjà des « circonstances aggravantes » devant être prises en compte au moment de la détermination de la peine. Comme la formule de décriminalisation que propose le Comité n'a aucun effet sur les infractions et les peines liées au trafic, ces dispositions continueront de s'appliquer. Par conséquent, le Comité propose que la possession d'une petite quantité de cannabis à usage personnel, même à l'école, donne également lieu à une contravention dans le cadre du nouveau système. Le Comité s'attend à ce que les conseils scolaires continuent d'appliquer leurs propres contrôles administratifs, si nécessaire, pour dissuader les étudiants d'apporter du cannabis à l'école à peu près comme ils le font déjà pour les autres substances.

En désignant comme étant des contraventions les infractions de possession ou de culture de petites quantités de cannabis à usage personnel, la formule de décriminalisation proposée laisse en place les sanctions criminelles de sorte que la loicontinue d'être appliquée pleinement contre quiconque se livre au trafic de produits du cannabis ou cultive le cannabis dans un but lucratif. La possibilité de continuer à engager une poursuite au criminel pour une infraction de possession de cannabis liée à une infraction de conduite avec facultés affaiblies permettrait aussi de sévir contre ceux dont la consommation de substances risque de faire grand tort aux autres. Enfin, la décriminalisation aurait l'avantage supplémentaire de permettre au régime en vigueur au Canada de demeurer conforme aux conventions internationales déjà couvertes au Chapitre 7.

3. CONSTATATIONS DU COMITÉ — CANNABIS

Le Comité est arrivé aux constatations suivantes :

- √ *Il est nocif pour la santé de fumer n'importe quelle quantité de marijuana à cause des fortes teneurs en goudron et en benzopyrène.*

- √ *Les conséquences d'une condamnation pour possession d'une petite quantité de cannabis à des fins d'usage personnel sont disproportionnées par rapport au tort éventuel associé à cet acte.*

- √ *La DÉCRIMINALISATION de la possession de petites quantités de cannabis à des fins d'usage personnel ne modifierait en rien les peines ou les conséquences liées au trafic ou à la possession de toute autre substance contrôlée.*

- √ *Tous les ordres de gouvernement doivent renseigner les Canadiens sur les risques de la consommation de cannabis et, en particulier, les risques accrus pour les jeunes.*

RECOMMANDATION 40

Le Comité recommande que la possession de cannabis demeure un acte illégal et que le trafic de cannabis, quelle que soit la quantité en cause, demeure une infraction criminelle.

RECOMMANDATION 41

Le Comité recommande que le ministre de la Justice et le ministre de la Santé établissent une stratégie globale de décriminalisation de la possession et de la culture de trente grammes ou moins de cannabis à usage personnel. Cette stratégie devrait comporter :

- **des programmes de prévention et d'éducation faisant ressortir les risques de la consommation de cannabis et, en particulier, le risque accru que cela présente pour les jeunes;**

- **le développement d'outils plus efficaces pour faciliter l'application des interdictions prévues au Code criminel pour la conduite avec facultés affaiblies par la drogue.**

ANNEXE A : LISTE DES RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 3 : LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada réaffirme son engagement à lutter contre la consommation et l'usage nocif de substances et la dépendance aux substances, en élaborant, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les principaux, une stratégie canadienne antidrogue renouvelée, exhaustive, coordonnée et intégrée qui permettra de s'attaquer aux problèmes liés aux drogues illicites et aux substances licites (ou légales) telles que l'alcool, le tabac, les produits pour inhalation et les médicaments d'ordonnance.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande qu'une Stratégie canadienne antidrogue renouvelée soit assortie d'objectifs clairs et mesurables ainsi que d'un processus d'évaluation et de reddition de comptes et que, une fois ces éléments en place, des fonds adéquats et soutenus y soient affectés.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande la nomination d'un commissaire canadien aux drogues chargé, en vertu d'un mandat conféré par la loi, d'effectuer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et à présenter annuellement un rapport des recommandations à cet effet au Parlement, par l'entremise du président de la Chambre des communes.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande que le ministre de la Santé soit chargé de coordonner la mise en œuvre pluriministérielle d'une Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et de réagir au rapport du commissaire canadien aux drogues dans les 90 jours, en présentant un communiqué officiel au Comité permanent de la santé, par l'entremise de la Chambre des communes.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, organisme indépendant et non gouvernemental, reçoive le mandat d'élaborer, de concert avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, les buts, les objectifs, les indicateurs de rendement et le plan stratégique d'une stratégie canadienne antidrogue renouvelée qui sera exhaustive, coordonnée et intégrée.

CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET CONNAISSANCES

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande que des enquêtes pancanadiennes soient menées à tous les deux ans dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, afin de déterminer la nature, l'importance et l'évolution de la consommation de toutes les substances psychotropes au Canada.

RECOMMANDATION 7

Compte tenu qu'il faut de toute urgence rassembler des données pancanadiennes sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance, et qu'il est rentable et avantageux d'avoir recours à une enquête régulière sur la santé pour recueillir ces données, le Comité recommande qu'on envisage sérieusement d'intégrer des questions sur toutes les substances licites et illicites, à tous les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, c'est-à-dire à tous les deux ans.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande que la contribution que le gouvernement du Canada verse au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies soit immédiatement portée à 3 millions de dollars et qu'elle soit ensuite augmentée annuellement suivant les recommandations formulées par le commissaire canadien aux drogues à la suite d'un examen et d'une vérification annuels des besoins et activités du CCLAT.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande que l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies se concentre davantage sur la recherche en toxicomanie.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada établisse, dans le cadre d'une nouvelle Stratégie canadienne antidrogue, un fonds de recherche spécial pour :

- **garantir la collecte, l'extraction et l'intégration régulières et systématiques de données régionales, provinciales et nationales sur la consommation et l'usage nocif de substances, et la dépendance;**
- **soutenir les projets de recherche portant sur des questions clés relatives à la consommation et à l'usage nocif de substances;**
- **accroître le financement de la recherche sur la toxicomanie par l'entremise de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada.**

RECOMMANDATION 11

Le Comité recommande que Santé Canada, en collaboration avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et d'autres intervenants clés, y compris des consommateurs de substances, établisse les activités de recherche prioritaires qui bénéficieront du soutien du fonds de recherche spécial de la nouvelle Stratégie canadienne antidrogue.

CHAPITRE 5 : TOXICOMANIE : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, accorde des ressources et des fonds soutenus pour concevoir et lancer des programmes de prévention et de sensibilisation du public à l'égard de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales et les organismes communautaires.

RECOMMANDATION 13

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, alloue des fonds pour concevoir et lancer des campagnes de prévention et d'éducation à l'échelle du pays portant sur la consommation, l'abus et la dépendance.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, appuie la diffusion de renseignements à jour sur la toxicomanie et la dépendance et la prestation de cours de formation appropriés à l'intention des professionnels de la santé et de tous les fournisseurs de services travaillant dans le domaine de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales et territoriales.

RECOMMANDATION 15

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement le concept d'un continuum de soins, y compris les services « à seuil bas » ou à accès élargi [« low-threshold services »] et les services de traitement et de réadaptation à long terme, et qu'elle contribue à ce continuum, qui intégrerait la prestation de services sociaux comme élément essentiel.

RECOMMANDATION 16

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée inclue l'abstinence au nombre des options de traitement à accès élargi ayant fait leurs preuves.

RECOMMANDATION 17

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement la nécessité d'offrir un accès rapide à des services de traitement qui tiennent compte des particularités socio-économiques et culturelles, et du sexe de la personne traitée.

RECOMMANDATION 18

Le Comité recommande que l'élaboration et l'administration des traitements soient adaptées aux victimes du syndrome et des effets de l'alcoolisme fœtal (SAF et EAF) et aux toxicomanes souffrant de maladie mentale en même temps que d'un usage abusif et de dépendance.

RECOMMANDATION 19

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse le « traitement de substitution », tel le maintien à la méthadone, comme étant une partie intégrante d'une approche exhaustive en matière de traitement de l'opiomanie, comprenant les soins primaires, le counselling, l'éducation et d'autres services sociaux.

RECOMMANDATION 20

Le Comité recommande que les projets pilotes d'essais cliniques à Vancouver, Toronto et Montréal visant à tester l'efficacité du traitement à l'héroïne pour les personnes dépendantes qui résistent à d'autres formes de traitement soient mis en œuvre et qu'ils incorporent un protocole rigoureux d'évaluation scientifique.

RECOMMANDATION 21

Le Comité recommande la suppression des obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets pilotes visant à déterminer l'efficacité de nouveaux traitements des toxicomanes.

RECOMMANDATION 22

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada encourage et aide les provinces, les régions et les municipalités à offrir des programmes d'échange de seringues et à les intégrer à un modèle sanitaire comportant également des soins primaires, des volets axés sur la prévention et l'éducation, des services de counselling, ainsi que des programmes de traitement et de réadaptation.

RECOMMANDATION 23

En ce qui concerne les piqueries sécuritaires, le Comité recommande que le gouvernement du Canada supprime les obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets pilotes, et qu'il encourage l'élaboration de protocoles visant à déterminer l'efficacité des piqueries sécuritaires dans la réduction des problèmes sociaux et sanitaires découlant de la toxicomanie par injection.

RECOMMANDATION 24

Le Comité recommande que des objectifs quantitatifs et qualitatifs clairs soient fixés en ce qui a trait à tous les services visant la toxicomanie, et qu'ils soient assortis de mécanismes d'évaluation du rendement, afin que la prévention, l'éducation, le traitement, la réadaptation et la réduction des méfaits soient fondés sur des preuves d'efficacité et sur les meilleures pratiques en vigueur.

RECOMMANDATION 25

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue fasse de la réduction des méfaits un élément fondamental d'une politique antidrogue qui soutienne les interventions visant à maintenir la santé des individus et à réduire au minimum les risques sanitaires découlant de la toxicomanie.

RECOMMANDATION 26

Le Comité recommande que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée compte parmi ses priorités l'élaboration d'une stratégie portant de façon précise sur le mauvais usage des médicaments d'ordonnance au Canada.

RECOMMANDATION 27

Le Comité recommande que le gouvernement du Canada aide et encourage les provinces et les territoires à créer et tenir des bases de données en temps réel comparables, afin d'assurer une meilleure surveillance de la prescription et la fourniture des médicaments d'ordonnance faisant couramment l'objet de mauvais usage.

CHAPITRE 6 : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET SÉCURITÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION 28

Le Comité recommande le maintien de l'aide aux projets pilotes actuels des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Il recommande aussi le financement permanent de ces tribunaux et l'attribution de fonds nécessaires à la création de nouveaux établissements, si les besoins cernés lors de l'évaluation des résultats le justifient.

RECOMMANDATION 29

Le Comité recommande au ministre de la Santé et au ministre de la Justice de proposer des modifications appropriées à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou au *Code criminel*, ou aux deux, pour accroître les options en matière de détermination des peines imposées aux toxicomanes ayant des démêlés avec le système de justice pénale, notamment le recours au traitement.

RECOMMANDATION 30

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada soit tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un plan triennal visant à réduire considérablement la circulation des drogues illicites vers les pénitenciers. Le Comité recommande aussi que le commissaire fédéral aux drogues, désigné soit consulté pour l'établissement des objectifs du plan et soit chargé de surveiller l'efficacité des résultats.

RECOMMANDATION 31

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés d'avoir accès à des traitements de substitution, notamment les traitements à la méthadone, qui soient assortis de critères d'admissibilité semblables à ceux qui s'appliquent à la population en général.

RECOMMANDATION 32

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada permette aux contrevenants incarcérés de bénéficier d'initiatives de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang, tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de sécurité.

RECOMMANDATION 33

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada continue de promouvoir l'abstinence comme principal objectif de traitement.

RECOMMANDATION 34

Le Comité recommande que Service correctionnel Canada entreprenne un projet pilote qui consisterait à créer deux établissements correctionnels fédéraux réservés aux délinquants qui souhaitent purger leur peine dans un environnement exempt de substances et offrant des traitements et du soutien intensifs.

RECOMMANDATION 35

Le Comité exhorte Service correctionnel Canada à veiller à ce qu'il y ait suffisamment de programmes de traitement de l'abus de substances et de places dans ces programmes pour permettre aux délinquants d'y avoir accès immédiatement après leur incarcération, si besoin est.

RECOMMANDATION 36

Le Comité recommande que le ministre du Revenu national améliore l'efficacité des activités de contrôle frontalier en veillant à ce que des ressources adéquates, notamment de l'équipement à la fine pointe, soient affectées à ces activités.

RECOMMANDATION 37

Le Comité recommande que la Gendarmerie royale du Canada et l'Agence des douanes et du revenu du Canada soient chargées de déployer les efforts supplémentaires nécessaires pour améliorer l'efficacité des activités de lutte antidrogue dans les grands ports du pays, en collaboration avec les organismes locaux d'application de la loi.

RECOMMANDATION 38

Le Comité recommande que l'on confie à un comité de la Chambre des communes le mandat d'examiner l'application du *Code criminel* et d'autres dispositions récemment promulguées régissant le crime organisé et le

blanchiment d'argent, pour faire en sorte que les organismes d'application de la loi disposent des pouvoirs législatifs et des ressources nécessaires pour cerner efficacement ces activités.

RECOMMANDATION 39

Le Comité recommande que la *Loi sur l'administration des biens saisis* soit modifiée de manière à ce qu'un pourcentage du produit décrit à l'article 10 de la Loi, concernant l'imposition d'amendes et la confiscation de biens relativement à des infractions liées à des substances désignées ou à des infractions de criminalité organisée, soit utilisé pour aider les organismes communautaires à assurer la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue. (Cette mesure ne vise pas à remplacer le financement de base de la Stratégie.)

CHAPITRE 9 : LA MARIJUANA

RECOMMANDATION 40

Le Comité recommande que la possession de cannabis demeure un acte illégal et que le trafic de cannabis, quelle que soit la quantité en cause, demeure une infraction criminelle.

RECOMMANDATION 41

Le Comité recommande que le ministre de la Justice et le ministre de la Santé établissent une stratégie globale de décriminalisation de la possession et de la culture de trente grammes ou moins de cannabis à usage personnel. Cette stratégie devrait comporter :

- **des programmes de prévention et d'éducation faisant ressortir les risques de la consommation de cannabis et, en particulier, le risque accru que cela présente pour les jeunes;**

- **le développement d'outils plus efficaces pour faciliter l'application des interdictions prévues au Code criminel pour la conduite avec facultés affaiblies par la drogue.**

ANNEXE B : CADRE DE RÉFÉRENCE

INTRODUCTION

Le 17 mai 2001, la Chambre des communes a confié au Comité spécial le mandat très large d'étudier « les facteurs sous-jacents ou parallèles à l'usage non médical des drogues ou médicaments au Canada » et de soumettre des recommandations visant à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ».

À ce jour, le Comité a examiné un échantillon de la documentation pertinente et a assisté à des séances d'information données par différents services gouvernementaux responsables de mettre en œuvre la Stratégie canadienne antidrogue. Suite à ce travail préliminaire, le Comité a une bonne idée de l'envergure de l'étude à réaliser. En plus des problèmes liés à un large éventail de drogues illicites comme l'héroïne, la cocaïne et la marijuana, pour n'en nommer que quelques-unes, une étude vraiment complète du phénomène pourrait également porter sur le tabac et l'alcool, de même que sur l'abus de médicaments d'ordonnance « licites » et des médicaments vendus sans ordonnance. De fait, des études ont montré que les coûts pour la société de la consommation abusive de tabac et d'alcool dépassent au total ceux découlant de l'usage combiné de toutes les substances psychotropes illicites.

Toutefois, le Comité est très conscient qu'il faut se pencher de toute urgence sur les pires problèmes liés à l'abus de substances psychoactives au Canada ainsi que des sérieuses contraintes de temps avec lesquelles il devra composer afin de déposer un rapport à la Chambre d'ici novembre 2002. En conséquence, au lieu d'entreprendre une revue détaillée d'un ensemble de drogues sélectionnées et des gens qui les utilisent, le Comité croit qu'une approche plus générique est nécessaire. Par conséquent, il étudiera l'abus d'intoxicants dans divers contextes en vue de déterminer de quelles façons cela compromet la santé et la sécurité des utilisateurs, de leur collectivité et de la société en général, et afin de suggérer des solutions appropriées. Compte tenu de la nécessité d'harmoniser la politique à cet égard avec la législation interne et nos engagements internationaux, le Comité signalera également quelles réformes législatives, le cas échéant, il juge nécessaire pour parvenir à cette fin.

Bien que le Comité n'ait pas l'intention de limiter la portée de son mandat, certains facteurs influeront sur l'orientation de son rapport final. Par exemple, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a pour mandat d'examiner les lois et politiques concernant l'usage du cannabis et de déposer un rapport d'ici le mois d'août 2002. Tout dépendant de l'ampleur et du contenu de ce rapport, le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments pourra juger s'il est nécessaire ou non d'examiner plus avant les questions liées à l'usage de la marijuana.

Les éléments suivants ont pour objet d'orienter les discussions avec les témoins experts, les parties prenantes et le grand public. Bien que le Comité s'attende à aborder bon nombre de ces questions dans le cadre de son étude, la liste n'est ni exhaustive ni limitative car d'autres angles d'approche valables pourraient encore être définis. Toutefois, le Comité croit que les points ci-dessous aideront les parties intéressées à rédiger leur mémoire.

LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

D'après la description qu'on y donne, la Stratégie canadienne antidrogue « reflète l'équilibre entre la réduction de l'approvisionnement en drogues et la réduction de la demande de drogues ». Son objectif est de « réduire les méfaits associés à l'alcool et autres drogues chez les individus, les familles et les communautés ». Sa mise en oeuvre incombe directement à plusieurs ministères et organismes fédéraux, Santé Canada jouant le rôle principal. Par exemple, le ministère de la Justice est responsable des poursuites liées à la drogue, tandis que la Gendarmerie royale du Canada (GRC) applique les lois visant à réduire l'approvisionnement et que le Service correctionnel du Canada administre les sentences et fournit un traitement aux contrevenants qui ont des problèmes d'abus. Face aux défis que présente la coordination des efforts de groupes si nombreux et si différents, il y a lieu de se demander si une approche plus centralisée au sein de l'administration fédérale donnerait de meilleurs résultats à long terme. Le Comité s'attend que le rapport annuel du vérificateur général de cette année aidera à répondre à cette question, puisqu'il devrait inclure un examen de la Stratégie canadienne antidrogue et, plus particulièrement, du rôle du gouvernement fédéral dans la réduction de ces méfaits causés par les drogues illicites.

- Pour ce qui est de déterminer l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue, le Comité sera heureux d'accueillir les commentaires sur les questions qui suivent :

- Le bureau responsable de la Stratégie canadienne antidrogue suit-il les efforts entrepris par les différents partenaires, soit les organismes fédéraux, les gouvernements provinciaux et les organisations non gouvernementales, en ce qui concerne la recherche, l'éducation ou les projets pilotes de traitement? Le bureau de la Stratégie canadienne antidrogue tient-il des données sur les dépenses connexes des ministères et organismes partenaires fédéraux? Existe-t-il une entité qui pourrait agir comme source de renseignements sur tous les programmes fédéraux financés actuellement dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue?

- Quelles ressources financières sont affectées à la mise en oeuvre de la Stratégie canadienne antidrogue, et y a-t-il des secteurs où l'on devrait investir davantage? Quel est le rôle approprié du

gouvernement fédéral pour ce qui est de mettre en œuvre la politique antidrogue? Y a-t-il des secteurs où une plus grande intervention du fédéral serait la bienvenue?

Le cadre administratif actuel de la Stratégie canadienne antidrogue entraîne-t-il une fragmentation des efforts et des résultats? Y a-t-il conflit d'intérêts entre les ministères et organismes responsbles? La Stratégie canadienne antidrogue serait-elle administrée plus efficacement par un seul organisme qui agirait de façon indépendante par rapport aux autres ministères? Par ailleurs, la nomination d'un porte-parole national pour la Stratégie canadienne antidrogue engendrerait-elle une meilleure visibilité et une démarche plus focalisée? La Stratégie fonctionne-t-elle? Qu'a-t-on accompli à ce jour grâce à la Stratégie?

ÉLARGIR LA BASE DE CONNAISSANCES

Au cours de la brève période dont le Comité a disposé pour examiner la portée de son mandat, les membres sont devenus conscients de la nécessité absolue de disposer de données fiables sur lesquelles fonder la multitude de décisions nécessaires à l'élaboration et à l'administration d'une stratégie antidrogue cohérente et viable au Canada. En même temps, l'absence de données nationales fiables et à jour sur les habitudes de consommation est aussi devenue évidente. En l'absence de telles données, il est difficile, voir impossible, de réagir rapidement aux tendances qui se dessinent. Le Comité étudiera la situation actuelle au Canada pour ce qui est de l'exécution et du financement de la recherche et de la collecte de données, afin de déterminer si des ressources additionnelles sont nécessaires pour promouvoir des solutions éclairées sur le plan des politiques.

- Est-il nécessaire de rassembler davantage de données et des données de meilleure qualité sur l'usage des drogues au Canada? Un certain nombre de provinces font régulièrement enquête sur l'utilisation des drogues par les élèves du secondaire, certaines plus fréquemment que d'autres. Existe-t-il des données comparables sur l'usage des drogues par la population en général? Avons-nous des données fiables sur cet usage par d'autres sous-catégories de la population qui pourraient être davantage à risque en ce qui concerne certains méfaits liés aux abus? Les données sont-elles suffisantes pour permettre de déceler les tendances ou les changements assez tôt?

- À l'heure actuelle, qui effectue des recherches sur l'usage et l'abus des substances psychoactives au Canada? Quelle part des fonds consacrés à cette recherche est fournie par le gouvernement fédéral? Quel niveau de financement est accordé par chaque gouvernement provincial? Existe-t-il d'autres sources d'appui?

- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) forment un organisme fédéral composé de 13 instituts différents, chacun appuyant financièrement la recherche et la formation dans un secteur particulier. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies attribue des fonds de recherche pour un large éventail de préoccupations en matière de santé, qui englobent à l'heure actuelle la santé mentale, la santé neurologique, la vision, l'ouïe et le fonctionnement cognitif. Ils appuient également la recherche visant à réduire le fardeau des troubles connexes grâce à des stratégies de prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement, à des systèmes de soutien et à la palliation. Les politiques et stratégies de prévention de la toxicomanie constituent l'un des nombreux secteurs de recherche auxquels l'Institut apporte son soutien. Compte tenu de la portée et des conséquences des problèmes liés à l'usage et à l'abus des substances psychoactives au Canada, serait-il justifié de créer au sein des IRSC un institut se consacrant uniquement à la recherche sur les toxicomanies?

DÉFINIR ET AMÉLIORER LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Dans les années 1980, lorsque la propagation du VIH/sida est apparue comme une menace plus grave pour la santé des individus et du public que l'abus des drogues, l'approche de la « réduction des méfaits » est devenue plus populaire pour traiter et gérer l'abus de substances psychoactives. Alors qu'à l'origine l'accent était mis sur l'usage des drogues par injection, de nombreuses administrations ont depuis adopté l'approche de la réduction des méfaits qui s'applique également à d'autres drogues illicites ainsi qu'à des substances légales comme l'alcool et le tabac. D'après la Stratégie canadienne antidrogue, la réduction des méfaits constitue une « intervention réaliste, pragmatique et humaine par opposition à des efforts ne visant que la réduction de la consommation de drogue ». Toutefois, on ne s'entend vraiment pas lorsque vient le temps de déterminer si la réduction des méfaits se limite à réduire les conséquences néfastes de l'usage des drogues, ou si cette approche peut s'étendre aux politiques visant à prévenir ou à réduire cet usage. Afin d'envisager le débat en cours selon la perspective la plus vaste possible, le Comité examinera les questions suivantes dans l'optique de la réduction des méfaits.

- Dans quelle mesure la criminalisation contribue-t-elle aux méfaits associés à l'usage des drogues? Est-il possible d'atténuer ces effets néfastes? Si elle n'élimine pas l'abus des drogues, la prohibition décourage-t-elle à tout le moins leur utilisation au sein de la population en général? Une révision et une réforme des lois et des politiques canadiennes sur les drogues illicites s'imposent-elles? Quel rôle les organismes chargés de l'application de la loi devraient-ils jouer dans la réduction des méfaits?

- Est-il possible d'obtenir facilement dans toutes les juridictions un traitement pour l'accoutumance ou la dépendance à l'égard des drogues? Offre-t-on des programmes de traitement dans les services correctionnels? Les programmes sociaux existants offrent-ils les soutiens additionnels nécessaires aux individus qui subissent un traitement ou sont en réhabilitation? Quels genres de programmes éducatifs ont pour objet de prévenir ou de réduire la consommation de drogues illicites au Canada? Dans quelle mesure le financement et la portée de ces programmes sont-ils comparables à ceux des programmes de lutte contre le tabac ou l'abus d'alcool? Quel a été le rôle des provinces aux chapitres de l'éducation et de la prévention? Y a-t-il dans d'autres ressorts des initiatives prometteuses que le Canada devrait examiner? Existe-t-il des programmes d'éducation en matière de drogues basés sur une approche réaliste et honnête et axés sur la santé et le bien-être?

- La Stratégie canadienne antidrogue préconise la « réduction des méfaits » pour la gestion de l'usage et de l'abus d'intoxicants. Dans quelle mesure la réussite de cette approche est-elle tributaire de l'appui d'un public bien informé? Est-ce que Santé Canada ou d'autres ministères ou organismes fédéraux ont mis en œuvre des initiatives visant à expliquer au public les avantages des politiques de réduction des méfaits qui sont actuellement cautionnées?

L'USAGE DES DROGUES PAR INJECTION

Comme l'a montré le débat sur la motion à l'origine de la formation du Comité, il est évident que les drogues injectables constituent une préoccupation majeure pour les députés de la Chambre des communes et leurs électeurs. L'ampleur du problème lié à ces drogues et ses conséquences sur la santé ont fait l'objet d'un rapport récent du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Entre autres, le rapport confirme que l'usage de ces drogues est un facteur de risque important pour la propagation du VIH/sida et de l'hépatite, avec les conséquences désastreuses que cela suppose non seulement pour les personnes infectées, mais également pour leur collectivité et l'ensemble de la société canadienne. Ces conséquences sont particulièrement évidentes dans le cas des canadiens incarcérés. En plus de cerner des initiatives qu'on « devrait entreprendre immédiatement », le rapport souligne également la nécessité d'une action à long terme et « l'importance d'un examen attentif des lois, règlements et politiques du Canada sur l'injection de drogue et l'usage de drogue en général ». Sans oublier la nécessité d'examiner les lois et politiques existantes, le Comité étudiera les questions suivantes relativement à l'usage des drogues par injection au Canada.

- Entre autres recommandations, le rapport susmentionné réclame une amélioration des programmes d'échange de seringues et un meilleur accès aux options de traitement, y compris le traitement d'entretien à la méthadone. Par ailleurs, le rapport préconise des essais cliniques d'héroïne sous ordonnance ainsi qu'une étude de faisabilité d'un projet pilote ou d'un projet de recherche sur des « sites d'injection supervisés ». Le Comité aimerait savoir s'il y a suffisamment d'appui au sein du public pour mettre en œuvre ces recommandations et d'autres contenues dans le rapport. Quelles barrières, le cas échéant, font obstacle à leur mise en œuvre?

- Que sait-on de l'ampleur du problème des drogues par injection au Canada? Certains groupes sont-ils plus à risque en ce qui a trait aux méfaits ce genre de consommation? Est-il nécessaire de recueillir des données plus complètes afin de mieux suivre les tendances de même que les résultats de nouveaux traitements ou de nouvelles initiatives visant la réduction des méfaits? Y a-t-il des stratégies de réduction des méfaits, de prévention, de traitement ou d'exécution de la loi qui ont réussi dans d'autres pays?

- On sait que les personnes incarcérées utilisent beaucoup les drogues par injection. Existe-t-il des programmes de prévention et de traitement qui pourraient être mieux adaptés aux services correctionnels? D'autres juridictions ont-elles adopté des innovations qui ont porté fruit dans le milieu carcéral?

ANNEXE C
LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
Agence des douanes et du revenu du Canada	01/10/2001	3
Mark Connolly, directeur général, Direction de la contrebande et des services de renseignement		
Michael Crichton, chef, Section de la collecte des renseignements, Division du renseignement et des opérations, Direction de la contrebande et des services de renseignement		
Susan Hague, conseillère de programme senior, Section des opérations de contrebande, Direction de la contrebande et des services de renseignement		
Ministère de la Justice		4
Croft Michaelson, directeur et avocat-conseil général, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites		
Paul Saint-Denis, avocat conseil, Section de la politique en matière de droit pénal		
Ministère de la Santé	03/10/2001	5
Cathy Airth, directrice intérimaire, Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale, santé environnementale et sécurité des consommateurs		
Carole Bouchard, directrice, Bureau des substances contrôlées, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale, santé environnementale et sécurité des consommateurs		
Dre Jody Gomber, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale, santé environnementale et sécurité des consommateurs		
Gendarmerie royale du Canada		6
R.G. Bob Lesser, surintendant principal, officier responsable, Sous-direction de la police des drogues, Direction des services fédéraux		
Service correctionnel Canada		
Julie Keravel, directrice, Renseignements de sécurité et de la gestion des urgences		
Ross Toller, Directeur général intérimaire, Programmes et réinsertion sociale des délinquants		

Organismes et individus	Date	Réunion
Sénat	18/10/2001	8
Blair Armitage, greffier, Comité spécial sur les drogues illicites		
L'hon. Pierre Claude Nolin, sénateur, président, Comité spécial sur les drogues illicites		
Dr Daniel Sansfaçon, directeur de recherche, Comité spécial sur les drogues illicites		
Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	25/10/2001	9
Dre Colleen Anne Dell, conseiller national en recherches		
Michel Perron, directeur général		
Université de Toronto	07/11/2001	11
Dr Eric Single, professeur de sciences de santé publique, Faculté de médecine		
Ministère du Solliciteur général	08/11/2001	12
Karen Kastner, analyste principal de politique		
Paul E. Kennedy, sous-solliciteur général adjoint principal, Secteur de la police et sécurité		
Agence des douanes et du revenu du Canada	21/11/2001	13
Angelo De Riggi, agent de renseignements		
Gendarmerie royale du Canada		
Pierre Primeau, enquêteur		
Service de police de la communauté urbaine de Montréal		
Yvan Côté, enquêteur		
Institut Fraser	03/12/2001	14
Fred McMahon, directeur, Centre pour les questions de globalisation		
« Kaiser Foundation »		
Dan Reist, président		
« Prevention Source B.C. »		
Dr Colin Mangham, directeur		
Université de la Colombie-Britannique		
Dr Michael O'Shaughnessy, vice-président, recherche, directeur, « Centre for Excellence on HIV »		
Dr Martin Schechter, chef, épidémiologie et biostatistique		
Dr Julian Somers, Unité de l'évaluation de la santé mentale et consultation de la communauté, Département de psychiatrie « St. Paul's Hospital »		
Dr Mark Tyndall		

Organismes et individus	Date	Réunion
Université Simon Fraser	03/12/2001	14
Bruce Alexander, professeur, Département de psychologie		
À titre personnel		
Larry Campbell, ancien coroner en chef de la Colombie-Britannique		
« Abbotsford Police Department »		15
Ian Mackenzie, chef de police		
Agence des douanes et du revenu du Canada		
Brian Flagel, directeur, Services frontaliers des douanes, District de l'Aéroport international de Vancouver		
« Alcohol — Drug Education Services »		
Art Steinmann, directeur exécutif		
Bureau de la criminalité organisée de la Colombie-Britannique		
Peter Ditchfield, chef adjoint		
Gendarmerie royale du Canada		
Carl Busson, surintendant, officier responsable, Sous-direction de la police des drogues		
Chuck Doucette, sergent d'état-major, coordonnateur provincial, Service de sensibilisation aux drogues, Division "E"		
« John Howard Society of the Lower Mainland »		
Larry Howett, porte-parole, « CHOICES »		
« Pacifica Treatment Centre »		
Kathy Oxner, directrice exécutive		
« Seaview Addictions Services Society »		
Donna Baird, directrice exécutive		
Service de police de Vancouver		
Kash Heed, commandant, section des mœurs et des drogues		
« International Drug Education and Awareness Society »	04/12/2001	16
Linda Bentall, présidente		
« Vancouver/Richmond Health Board »		
Dr Mark McLean, médecin associé du service de santé		
Ville de Vancouver		
Donald MacPherson, coordonnateur de la politique sur les drogues, Département de la planification sociale		
À titre personnel		
Joan Gadsby		

Organismes et individus	Date	Réunion
« AIDS Vancouver »	05/12/2001	17
Thomas Kerr, chercheur en santé		
Warren O'Briain, directeur, Développement communautaire		
« BC Persons with AIDS Society »		
Naomi Brunemeyer, directrice des communications		
« British Columbia Civil Liberties Association »		
Lindsay Lyster, directeur de politique		
« Downtown Eastside Youth Activities Society »		
John Turvey, directeur exécutif, Services de rue		
« Life Is Not Enough Society »		
Thia Walter, coordonnatrice, « Family Member »		
« Vancouver Area Network of Drug Users »		
Earl Crow, président		
Ann Livingston, coordonnatrice de projet		
Dean Wilson		
« Vancouver Board of Trade »		
Dennis Farrell, président, « Property Crime Task Force »; coprésident « Downtown Eastside Task Force »		
Glenn Young, coprésident « Downtown Eastside Task Force »; président « International Tradewind Strategies, Inc. »		
« Abbotsford Addiction Centre »	06/12/2001	18
Charlaine Avery, directrice clinique		
« Abbotsford Detox Steering Committee »		
Uultje De Jong		
« Abbotsford Downtown Business Area »		
Mary Reeves, directrice exécutive		
« Abbotsford Police Victims Services »		
Delaine Milette, coordonnateur		
« Abbotsford School Board District »		
Joanne Field, vice-présidente		
Des McKay, directeur, « W.J. Movat Secondary School »		
« Campbell Valley Women's Centre »		
Terri-Lee Seeley, directrice exécutive		
« Cannabis Culture Magazine »		
Dana Larsen, rédacteur en chef		

Organismes et individus	Date	Réunion
« Full Circle Life Recovery Strategy »	06/12/2001	18
Andy Rowe, directeur		
« National Training Centre »		
John Parker, directeur, « Self-Protection and Functional Fitness »		
« Taking Back the Streets »		
Diane Sowden		
« Wagner Hill Farms »		
Helmut Boehm, directeur exécutif		
Ville d'Abbosford		
George Ferguson, maire		
À titre personnel		
Jamie Hamilton		
Marcyne Heinrichs		
Barry Neufeld, agent de probation pour jeunes d'Abbotsford		
Les Talvio		
Bureau du vérificateur général du Canada	06/02/2002	20
David Brittain, directeur principal		
Michael McLaughlin, sous-vérificateur général		
Fondation canadienne pour une politique sur les drogues et le Réseau de réduction de mal	18/02/2002	22
Dre Diane Riley		
Centre de toxicomanie et de santé mentale		
Dre Patricia Erickson, scientifique principal		
Université de Toronto		
Dre Peggy Millson, « Department of Public Health Sciences »		
Dr Robert Remis, professeur agrégé, « Department of Public Health Sciences »		
Université de York		
Alan Young, professeur agrégé, « Osgoode Hall Law School »		
Association des pompiers professionnels de l'Ontario		23
George Birtig		
Henry Watson, président		
« Queen East Business Association »		
Hélène St. Jacques		
Margaret Steeves		

Organismes et individus	Date	Réunion
Centre de toxicomanie et de santé mentale	18/02/2002	23
Mike Naymark		
Gendarmerie royale du Canada		
Ron Allen, inspecteur, « Greater Toronto Area Drug Enforcement Unit »		
Ministère de la Justice		
Croft Michaelson, directeur et avocat-conseil général, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites		
Services de la police de Toronto		
Courtland Booth, détective, « Central Drug Information Unit »		
Julian Fantino, chef		
Services régionaux de la police de Halton		
Signy Pittman, inspecteur		
Services régionaux de la police de Waterloo		
Bill Stevens, surintendant, Soutien opérationnel		
Matt Torigian, inspecteur, Soutien opérationnel		
« Toronto Drug Treatment Court »		
Kofi Barnes, conseiller juridique principal		
« Toronto East Downtown Neighbourhood Alliance »		
Steve Bourgeois		
Madelyn Webb, présidente		
Centre de toxicomanie et de santé mentale	19/02/2002	24
Dr David Marsh		
« Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network »		
Koshala Nallanayagam, coordonnateur pour l'hépatite C		
Réseau juridique canadien VIH-SIDA		
Glenn Betteridge, avocat		
« Seaton House »		
Toby Druce, coordonnateur de programme		
Chris Gibson, responsable du programme		
« The Canadian Harm Reduction Network »		
Walter Cavalieri		
« Breakaway »	21/02/2002	25
Dennis Long, directeur exécutif		
Caritas		
Elio Sergnese, directeur		

Organismes et individus	Date	Réunion
« Illicit Drug Users Union of Toronto »	21/02/2002	25
Raffi Balian, cofondateur		
Marc McKenzie, adjoint		
Opération Springboard		
Wanda McPherson, « Diversion Office »		
Remo Paglia		
« Toronto Public Health »		
Dre Joyce Bernstein, « Drug Prevention Centre »		
Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie		26
Jeff Wilbee, directeur exécutif		
« Bellwood Total Health Centre »		
Linda Bell, présidente		
Fondation de l'hôpital Mount Sinaï		
Dr Douglas Gourlay, « Pain and Chemical Dependency, Wasser Pain Management Centre »		
« Ontario Medical Association »		
Dr Frank Evans, président, « Addictions Medicine Committee »		
« Salvation Army Harbour Light Centre »		
Dean Tate, coordonnateur de programme		
« The Jean Tweed Centre »		
Nancy Usher, directrice exécutive		
Parlement de Westminster	26/02/2002	27
Paul Flynn, député, parti travailliste, Newport West		
Ministère de la Santé	27/02/2002	28
Peter Cooney, directeur général intérimaire, Services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
Nick Hossack, gestionnaire principal, Équipe des toxicomanies, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
Fondation canadienne pour une politique sur les drogues	28/02/2002	29
Eugene Oscapella, directeur exécutif		
Université d'Ottawa	11/03/2002	30
Line Beauchesne, professeur titulaire, Département de criminologie		

Organismes et individus	Date	Réunion
Médecins pour un Canada sans fumée	13/03/2002	31
Cynthia Callard, directrice exécutive		
Christy Ferguson, attachée de recherche		
Dr Jim Walker, secrétaire-trésorier		
Gendarmerie royale du Canada	15/04/2002	34
Rick Gibbons, sergent, Application conjointe de la législation antidrogue		
Ken Murray, caporal, coprésident, Comité de l'hépatite C		
Ministère de la santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard		
Maureen McIver, conseillère provinciale en toxicomanies, « Child, Family & Community Services »		
Kevin McKinnon, coordonnateur, programmes destinés aux jeunes et aux familles		
« Talbot House »		
Wayne Clark, directeur		
« Marijuana Party of Canada »	16/04/2002	35
Mike Patriquen		
Université Mémorial de Terre-Neuve		
Dr Robert Adamec, professeur de psychologie		
Dr William McKim, professeur de psychologie		
Gendarmerie royale du Canada	17/04/2002	36
Michel Frenette, caporal, coordonnateur des Services de sensibilisation aux drogues, Fredericton, N.-B.		
« Healing Our Nation »		
Renée Masching, directrice exécutive		
Palais de justice du comté de York		
Dianne Kelly, coroner en chef, province de Nouveau-Brunswick		
Programme de surveillance côtière de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)		
Jim Skanes, sergent, Division "B"		
« SANE Sharp Advice Needle Exchange »		
Howie Sullivan, directeur exécutif		
Service d'analyse des drogues de la GRC		
Peter Keirstead, caporal, Halifax		
Service de police de Miramichi		
Mike Gallagher, caporal, superviseur, Section antidrogue		

Organismes et individus	Date	Réunion
SIDA Nouveau-Brunswick	17/04/2002	36
Margaret Dykeman, présidente		
Unité antidrogue de la Police régionale de Halifax		
Rosco Larder, sergent		
Université Dalhousie		
Dre Christiane Poulin, professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie		
« Charles J. Andrew Restoration Centre »	18/04/2002	37
John Graham, directeur exécutif		
Direction 180		
Cindy MacIsaac, directrice des programmes		
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse		
Shaun Black, pharmacologue, Toxicomanies, région du Centre		
Police provinciale de l'Ontario	22/04/2002	38
Rick Barnum, surintendant des détectives		
Gwen Boniface, commissaire		
Morris Elbers, surintendant des détectives		
Jim Hutchinson, surintendant des détectives		
Fédération canadienne des municipalités	24/04/2002	39
Bill Marra, conseiller; président, Comité permanent sur la sécurité communautaire et sur la prévention de la criminalité au sein des collectivités de la FCM		
Janet Neves, analyste de politiques		
À titre personnel	25/04/2002	40
Dr Keith Martin, député, Esquimalt—Juan de Fuca		
Association canadienne des chefs de police	08/05/2002	42
Michael Boyd, chef adjoint, Services de la police de Toronto; président, Comité sur l'abus de drogue		
Jim Hutchinson, surintendant des détectives, Police provinciale de l'Ontario		
Michel Pelletier, sergent d'état-major, coordonnateur national, Service de sensibilisation aux drogues		
Association canadienne des policiers et policières		
Glen Hayden, ex-détective de la Section de contrôle des stupéfiants, Service de police d'Edmonton et vice-président de l'Association canadienne des policiers et policières		
Mike Niebudek, vice-président		
« Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission »	21/05/2002	43
Ed Sawka, directeur, études techniques		

Organismes et individus	Date	Réunion
« Capital Health Authority »	21/05/2002	43
Dre Marcia Johnson, médecin hygiéniste adjoint		
Gendarmerie royale du Canada		
Doug Carruthers, sergent d'état-major		
Jim Jancsek, caporal		
Université de l'Alberta		
Cameron Wild, professeur, « Centre for Health Promotion Studies »		
« Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission »	22/05/2002	44
Howard Faulkner, directeur exécutif, Services de la prévention/traitement		
Kathy Landry, gestionnaire, « AADAC Northern Addiction Centre »		
Beth Lipsett, gestionnaire, Services de counselling et de prévention pour adultes		
« Aventa »		
Cathy Wood, gestionnaire		
« Boyle Street Co-op »		
Faye Dewar, intervenante sur le terrain		
« DARE Evaluation Committee of Alberta »		
Debra Williams, présidente		
« HIV Edmonton »		
Deborah Foster, gestionnaire de programme		
Kate Gunn, directrice intérimaire		
« St. Albert Association for People with Disabilities »		
Julie-Ann Miller, coordonnatrice, « PARTY »		
« Streetworks »		
Marliss Taylor, gestionnaire		
« Métis Indian Town Alcohol Association »		45
Doug Bellerose, directeur exécutif		
« Native Addictions Services Society »		
Shawn Meier, gestionnaire de programme		
« Native Counselling Services of Alberta »		
Allen Benson, directeur général		
« Rocky Mountain House Native Friendship Centre »		
Ellen Sanderson		

Organismes et individus	Date	Réunion
« Faith Alive Ministries »	23/05/2002	46
Ross Powell, Rév.		
« Regina Health District »		
Lyell Armitage, ancien directeur, Services d'aide aux alcooliques et toxicomanes		
« Saskatoon District Health »		
Sandra Lane, intervenante en prévention primaire, Services aux toxicomanes		
« White Buffalo Youth Lodge »		
Gary Beaudin, directeur exécutif		
« Addictions Services — Outpatient »		47
Ernie How, coordonnateur		
« Calder Centre »		
Blair Buchholz, gestionnaire, Services à la jeunesse		
« Larson House »		
Bill Logue, directeur		
Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances	24/05/2002	48
Dr David Brown, directeur de la Recherche et de la surveillance de la qualité		
Gendarmerie royale du Canada		
William Blanshard, sergent, Sensibilisation aux drogues, Division "F"		
Cory Lerat, sergent, « Prince Albert Joint Forces Unit », Division "F"		
Rick Torgunrud, sergent, « Prince Albert Joint Forces Unit », Division "F"		
Keith Van Steelandt, caporal, « Prince Albert Joint Forces Unit », Division "F"		
Police de la ville de Saskatoon		
Brian Dueck, surintendant, Ressources humaines		
Jerome Engele, sergent, « Saskatoon Integrated Drug Unit »		
Services de police de Winnipeg		
Blair McCorrister		
« Western Safety and Disability Management »		
H. Alex Taylor		
« Association for Better Living and Education (ABLE Canada) »	30/05/2002	49
Brad Melnychuk, directeur exécutif		

Organismes et individus	Date	Réunion
Narconon	30/05/2002	49
Devinder Luthra		
« REAL Women of Canada »		
Sophie Joannou, membre exécutive		
Gwendolyn Landolt, vice-présidente nationale		
Diane Watts, recherchiste		
Université Carleton	10/06/2002	50
Dr Peter Fried, Faculté de psychologie		
Université du Manitoba		
Barney Sneiderman, professeur, Faculté de droit		
Centre de réadaptation Le Portage	13/06/2002	51
Dr Peter Vamos, directeur		
Groupe de recherche et d'intervention psychosociale de Montréal		
Jean-Sébastien Fallu		
Université McGill		
Dr Mark Zoccolillo, professeur agrégé de psychiatrie et professeur adjoint de pédiatrie		
À titre personnel		
Dre Carole Morissette, spécialiste en santé communautaire		
Association des pharmaciens du Canada	27/08/2002	52
Dr Barry Power, PharmD, directeur du développement de la pratique		
Shelley Stepanuik, vice-présidente		
Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie		
Jeff May, ancien président		
Barbara Wells, directrice exécutive		
« Purdue Pharma »		
Andrew Darke, PhD, vice-président, Affaires scientifiques		
Kathryn Raymond, directrice, Santé et éducation		
Dr Roman Jovey		
Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre		53
Gerry Harrington, directeur, Affaires publiques et professionnelles		
Robert White, directeur, « Scientific and Regulatory Affairs »		

Organismes et individus	Date	Réunion
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international	27/08/2002	53
Terry Cormier, directeur, Direction du crime international		
Ministère de la Santé	28/08/2002	54
Carole Bouchard, directrice, Bureau des substances controlées		
Dr Gillian Lynch, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances controlées, Santé environnementale et sécurité des consommateurs		
Dann Michols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs		
Beth Pieterson, directrice générale déléguée, Programme de la stratégie antidrogue et des substances controlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs		
Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique		55
Peter Hickey, pharmacien		
Dr Brian Taylor		
Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan		
Dr Dennis Kendel, registraire		
« Nova Scotia Prescription Monitoring Program »		
Coleen Conway, directrice		
Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies	29/08/2002	56
John Borody, directeur général, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances		
Murray Finnerty, directeur général, « Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission »		
Michel Perron, président et directeur général du Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies		
Patrick Smith, vice-président directeur, Centre de toxicomanie et de santé mentale		

ANNEXE D
LISTE DES MÉMOIRES

« Abbotsford Addictions Centre »

« Addictions Services — Outpatient »

Agence des douanes et du revenu du Canada

« Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission »

« Alberta Health »

« Alcohol-Drug Education Service »

« Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario »

Association canadienne des chefs de police

Association canadienne des policiers et policières

Association des pharmaciens du Canada

Association des pompiers professionnels de l'Ontario

Association d'intervention auprès des toxicomanes

Association médicale canadienne

« Battlefords Health District »

« BC Hepatitis C Collaborative Circle »

« Bellwood Health Services »

Bureau de la criminalité organisée de la Colombie-Britannique

Dave Burkhart

« Calder Centre »

« Canadian Foundation for Drug Policy and Harm Reduction Network »

« Capital Health Authority »

Caritas

Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Centre de toxicomanie et de santé mentale

« Charles J. Andrew Youth Treatment Centre »

Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies

Conseil national des femmes du Canada

« DARE Evaluation Committee of Alberta »

Chris Donald

John Dorst

« Downtown Eastside Youth Activities Society »

« Drug Treatment Court of Toronto »

Matthew Elrod

Michel Ethier

James Fanning

Fédération canadienne des municipalités

Sam Fedyk

Paul Flynn, député, Parti travailliste, Newport West, Parlement du Westminster

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

Forum Action-Toxico

« From Grief to Action »

Joan Gadsby

Gendarmerie royale du Canada

Chris Goodwin

GRC « Coastal Watch Programme »

« Halifax Regional Police Drug Unit »

Neil Halliday

Debra Harper

Patrick Hauser

« Healing Our Nations »

Marcyne Heinrichs

B. Horsfall

« Illicit Drug Users Union of Toronto »

« International Drug Education and Awareness Society »

Nancy Irwin

« Jarvis Street Harbour Light Centre »

« John Howard Society of the Lower Mainland »

« John Innes Advisory Council »

« Kaiser Foundation »

Joseph Leger

Anthony Lewis

« Life Is Not Enough Society »

« Lower Mainland Municipal Association »

Neil MacNaughton

« Manitoba Provincial Health Programs »

« Marijuana Party of Canada »

Richard Mathias

Brian Metcalfe

Ministère de la Santé — Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé — Saskatchewan

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère du Solliciteur général

« Miramichi Police Force »

« National Training Centre »

Eileen Nattrass

« Nova Scotia Prescription Monitoring Programme »

« Novartis Pharma Canada Inc. »

« Ontario Medical Association »

« Operation Springboard »

« Pacifica Treatment Centre »

« Parkdale Pharmacy (1981) Ltd. »

« Peak House »

Erich & Elsie Penner

Wayne Phillips

Police provinciale de l'Ontario

« Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network »

« Purdue Pharma »

Diana Quast

« REAL Women of Canada »

« Renascent Centre »

Réseau juridique canadien VIH-SIDA

« Rocky Mountain House Native Friendship Centre »

Susan Rogan

Santé Canada
Adam Scriven
Services de la police de Toronto
Services régionaux de la police de Halton
Sharon Shier
SIDA Nouveau-Brunswick
SIDA Vancouver
Lorraine Smith
Derek Spencer
Lila Stanford
« Streetworks »
Debbie Stultz-Giffin
Kathy Thiessen
« Toronto East Downtown Neighbourhood Alliance »
Université Carleton
Université d'Ottawa
Université de la Colombie-Britannique
Université de l'Alberta
Université de Toronto
Université du Manitoba
Université McGill
Université mémorial de Terre-Neuve
Université Queen's
Université Simon Fraser
« Vancouver Board of Trade »
« Vancouver Coastal Health Authority »
« Vancouver/Richmond Health Board »
« Wagner Hills Farm Society »
« Wasser Pain Centre »
Mary White
Elizabeth Woods
John Yearsley

ASSEMBLÉES PUBLIQUES

Mac Harb, député, Ottawa-Centre, Ontario

Werner Schmidt, député, Kelowna, Colombie-Britannique

Carol Skelton, députée, Saskatoon—Rosetown—Biggar, Saskatchewan

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (*séances n^os 1 à 19, incluant le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Paddy Torsney, députée

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DE L'OPPOSITION OFFICIELLE

Le 17 mai 2001, nous avons présenté aux Communes une motion que les partis ont adoptée à l'unanimité. Cette motion permettait au Parlement d'étudier « les facteurs sous-jacents ou parallèles à la consommation non médicale des médicaments » au Canada. Nous avions sincèrement espéré, dans l'intérêt du pays, qu'une étude approfondie et impartiale serait faite; comme la dernière en date remontait à 1972, il était plus que temps de rouvrir le dossier.

L'attention portée à la question par la majorité des membres du Comité (à l'exception notable du député progressiste-conservateur, qui a fait brièvement acte de présence à trois des réunions que nous avons eues à Ottawa et n'a participé à aucune des visites faites par le Comité au Canada ou à l'étranger) est digne d'éloges, mais comme nous avons quand même certaines réserves à formuler à l'égard des recommandations finales, nous présentons le rapport complémentaire que voici afin d'exprimer les craintes que nous inspirent la Stratégie canadienne antidrogue proposée ou le fait qu'aucune stratégie ne soit en vigueur actuellement.

Premièrement, nous trouvons consternant que le gouvernement n'ait tenu aucun compte du fait qu'au cours des 18 derniers mois, notre comité a affecté près d'un demi-million de dollars à l'étude de la consommation des médicaments et à une tournée pancanadienne de consultations sur le sujet. Malheureusement, trois ministres ont émis des directives stratégiques sans jamais nous consulter. Voici quelques-unes de leurs observations.

> « Les lois canadiennes sur la marihuana sont insensées et devraient être assouplies. »
>
> Martin Cauchon, ministre de la Justice, Toronto Star, septembre 2002

> « Le processus est enclenché, selon Mme Mohamed. 'À la fin de l'année, le ministre sera en mesure d'accepter des propositions (au sujet des piqueries sécuritaires). »
>
> Farah Mohamed, porte-parole de la ministre de la Santé, Anne McLellan, Saint John Telegraph Journal, novembre 2002

> « Nous ferons tout ce que nous pourrons pour faciliter la mise en œuvre de projets pilotes dans les villes canadiennes qui les jugeront compatibles avec la stratégie qu'elles veulent appliquer. »
>
> Allan Rock, ministre fédéral de la Santé, National Post, novembre 2001

Ces ministres ont pris le Comité de court et indûment devancé son rapport. Il est intéressant de noter que les ministères [de la Santé, de la Justice et du Solliciteur général] qui les conseillent ont le pire dossier du pays pour ce qui est de l'efficience et de l'efficacité démontrées dans l'élaboration d'une Stratégie canadienne antidrogue, comme le révèlent les recherches faites par le Comité.

Maintenant, la ministre de la Santé appuie des programmes de piqueries sécuritaires et d'entretien des héroïnomanes dans le cadre desquels des seringues sont distribuées alors qu'elle refuse de fournir gratuitement des seringues aux diabétiques. Il faut se demander comment des projets expérimentaux d'entretien des héroïnomanes — qui seront mis à l'essai à Vancouver, à Toronto et à Montréal et aideront les héroïnomanes à s'injecter de la drogue — contribueront à régler le problème. Si seulement la ministre avait attendu de connaître les résultats de l'étude du Comité, nous sommes certains qu'elle aurait eu du problème une idée plus complète que l'aperçu qu'elle tient de son ministère. Encourager et aider des héroïnomanes à s'injecter de la drogue en intraveineuse est aussi grave que d'aider quelqu'un à se donner la mort, et il est très mauvais qu'un ministre souscrive à un programme de ce genre, surtout s'il le fait sans consulter le comité parlementaire spécial constitué par le gouvernement pour étudier la question.

L'une des principales idées défendues dans le rapport du Comité est celle de la diffusion et de l'acceptation de la notion de « réduction des préjudices ». Mais ce que le gouvernement fait actuellement concourt à les « aggraver » plus qu'à les réduire, comme de nombreux témoins l'ont confirmé au cours des 18 derniers mois. Par définition, la « réduction des préjudices » est à l'opposé du principe fondamental selon lequel la façon la plus efficace de combattre les toxicomanies est de s'abstenir de consommer des drogues, de se désintoxiquer et de se réadapter; réduire les risques revient en fait à dire : « c'est peine perdue, facilitons la consommation, mais faisons en sorte qu'elle se fasse de façon sécuritaire ». Nous savons pertinemment que le débat sur le dilemme « abstinence/réduction des préjudices » est loin d'être terminé, mais les Canadiens que la notion de « réduction des préjudices » inquiète ont le devoir de dire qu'elle les inquiète.

Ceux qui liront notre rapport doivent absolument savoir en quoi consistent les « projets pilotes » que la ministre a commencé à mettre à l'essai. La citation suivante a été notée par Randy White au cours d'une réunion que le Comité a tenue à Francfort, en Allemagne.

> « La légalisation des drogues doit se faire un projet pilote à la fois, et non d'un seul coup. »
>
> Dr Korner
> Procureur
> Cabinet du procureur général de l'État de Hesse
> Le mercredi 19 juin 2002, 10 h 42, Francfort, Allemagne

À notre avis, ces propos se passent de commentaires.

Dans son rapport, le Comité ne demande pas au gouvernement de s'engager à faciliter la construction ou l'agrandissement de centres de réadaptation où les toxicomanes puissent se faire traiter en tant que pensionnaires ou que bénéficiaires externes. Si on peut créer un projet pilote consistant à ouvrir des piqueries ou à entretenir les héroïnomanes, pourquoi ne pas en créer un qui consiste à ouvrir des centres de désintoxication et de réadaptation? En fait, les trois paliers des pouvoirs publics ont fortement tendance à nier toute responsabilité à cet égard. Avant de souscrire au principe de la « réduction des préjudices », il serait plus logique de soutenir à fond des programmes de désintoxication et de réadaptation et de s'assurer qu'ils sont inefficaces.

La recommandation n° 15 faite dans le rapport porte sur un sujet à première vue fort simple. La notion de « seuil bas » signifie qu'il ne faut pas poser de questions, mais simplement faciliter la vie aux toxicomanes. Prenons un cas patent. Si un toxicomane se présentait dans une piquerie avec des drogues de mauvaise qualité [impures ou plus mortelles que la moyenne], personne ne lui poserait de questions. Cela pourrait avoir des conséquences tragiques, car personne n'aviserait d'intervenant du domaine médical, et le toxicomane serait essentiellement laissé à lui-même. À notre avis, il ne faut pas appuyer cette formule, car elle est irresponsable.

À la lecture de la recommandation n° 18, on se demande en quoi les « traitements de substitution » consisteront à l'avenir. Pour l'heure, nous admettons que la méthadone constitue un traitement de substitution, même si beaucoup jugent qu'elle est également très toxicomanogène. Ce qui la sauve comme forme de traitement, semble-t-il, c'est le fait qu'on puisse la boire plutôt que de se l'injecter. Il reste qu'avant de faire une recommandation laissant une entière marge de manœuvre au gouvernement, nous voulons l'assurance que les « produits de substitution » qui servent aux traitements de substitution ont fait l'objet d'études poussées, qu'ils sont acceptables sur les plans social et médical et qu'ils n'auront pas pour effet d' « aggraver les préjudices ». Les Canadiens doivent examiner la position de ceux qui disent que « l'héroïne prescrite » pourrait être considérée comme un « substitut » de l'héroïne illicite.

La recommandation n° 19 est particulièrement troublante. Les projets de traitement reposant sur la consommation d'héroïne ne sont même pas des traitements de substitution. Ils consistent à permettre à des toxicomanes de s'injecter légalement de l'héroïne, une idée que nous sommes incapables d'appuyer.

Les recommandations n^{os} 20 et 22 proposent d'abroger des empêchements législatifs, ce qui revient à abroger les lois qui empêchent le libre commerce des stupéfiants. En fait, elles proposent de légaliser le commerce des drogues dures. Les policiers devront fermer les yeux sur les cas de possession, une infraction aux lois. Comment les toxicomanes pourraient-ils être au-dessus des lois? Cela ne tardera pas à arriver lorsque des particuliers et des organismes d'autres endroits du pays commencent à contester devant les tribunaux l'obligation que les toxicomanes auront de se piquer en

des endroits qualifiés de «sécuritaires » sous prétexte qu'on pourra aussi se piquer légalement ailleurs. Ce sera alors le début de la légalisation des drogues annoncée par M. Korner.

La recommandation n° 27 est franchement grotesque. Il ne faut pas procurer des seringues aux détenus en vertu de programmes d'échange de seringues pour la bonne et simple raison que ce serait dangereux pour les gardiens et les autres détenus. Comment concilier une idée pareille avec le principe de la « tolérance zéro » à l'égard de l'usage des drogues dans les pénitenciers? S'il est un endroit au Canada où l'abstinence devrait être de rigueur, c'est bien dans les pénitenciers. Lorsqu'on parle de trouver d'autres traitements de substitution ou d'autres moyens de « réduction des préjudices » dans les pénitenciers, on ne devrait même pas penser à l'échange de seringues, à l'entretien des héroïnomanes ou aux piqueries sécuritaires.

Parmi les problèmes traités dans le rapport complémentaire, beaucoup portent sur nos relations avec les États-Unis à la frontière, et bien que nous soyons encore un pays souverain, nous ne devrions pas pour autant appliquer de politique sociale préjudiciable avant d'en discuter avec notre voisin. La formule de la « réduction des préjudices » aura pour conséquence que les piqueries sécuritaires seront pour les toxicomanes un refuge pratique et que les toxicomanes américains ou d'autres pays seront incités à venir s'établir au Canada, comme cela s'est produit en Europe. Les services canadiens de l'immigration sont actuellement saisis du cas d'un demandeur de statut de réfugié qui prétend qu'il serait « persécuté » [et non « poursuivi »] en vertu des lois américaines sur les stupéfiants s'il retournait aux États-Unis. Nous n'avons pas besoin de l'approbation des Américains, mais leur coopération est essentielle.

Nous voulions aussi que le rapport insiste surtout sur le principe selon lequel « L'ABSTINENCE EST LA MEILLEURE POLITIQUE », mais la majorité au Comité en a décidé autrement. À notre avis, tous les parents, toxicomanes et citoyens responsables du monde entier souscriraient à cette devise, et nous ne comprenons pas pourquoi des membres du Comité s'y refusent.

En conclusion, nous croyons que le Comité a travaillé comme une équipe dans un esprit positif et que la plupart des recommandations faites dans le rapport permettront de s'attaquer au problème de toxicomanies qui sévit au Canada. Il existe actuellement un cadre qui permettrait d'instaurer une Stratégie canadienne antidrogue propre à contrer efficacement le commerce des stupéfiants. Or, selon tous les témoins, le gouvernement actuel, et surtout Santé Canada, semble avoir d'autres projets, ce qui est en soi inquiétant, car le programme en question relève du ministère qui fait problème.

Nous croyons que le Comité devrait insister sur le fait que si la gestion du système de soins de santé et celle de la stratégie de lutte antidrogue relèvent exclusivement des provinces, le gouvernement fédéral doit assumer sa juste part de leur financement, même si ce champ de compétence appartient à un autre niveau de gouvernement.

Il ne faut pas oublier que ce rapport sur le problème que constitue l'usage des stupéfiants à l'échelle nationale n'émane pas d'un seul intervenant ni même des 13 députés qui composent le Comité. Il se veut l'expression des opinions des milliers de victimes, d'agents d'exécution des lois, de toxicomanes, de travailleurs sociaux et de professionnels des soins de santé que le Comité a entendus dans le cadre des centaines de réunions qu'il a tenues au Canada, aux États-Unis et en Europe. Aussi demandons-nous instamment au gouvernement d'écouter les voix de ceux qui font chaque jour les frais de ce problème et de procéder aux changements nécessaires pour instaurer une Stratégie canadienne antidrogue vraiment efficace.

R.A. White, député
Langley—Abbotsford

K. Sorenson, député
Crowfoot

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DE L'OPPOSITION OFFICIELLE

MARIJUANA

Le Comité n'a pas fait de la consommation de la marihuana une étude aussi poussée que le Sénat, puisque le rapport sénatorial portait exclusivement sur le cannabis. La décision de notre comité obéit donc à des considérations d'ordre politique plus que pratique. Nous pourrions accepter de faire de la simple possession une infraction punissable [d'une amende] sur déclaration sommaire de culpabilité si l'amende était assortie d'une mesure [telle un permis de conduire] obligeant le contrevenant à payer une somme d'argent et si les recettes tirées de cette amende servaient à sensibiliser les Canadiens au problème des drogues. Mais comme le Comité n'a pas recommandé de prévoir des amendes, force est de conclure qu'en fait, ce qu'il propose, c'est de légaliser la marihuana. Il faudrait aussi qu'il précise très clairement qu'il est illégal de posséder de la marihuana et que les mesures proposées ne reviennent pas à en autoriser la consommation ni la culture.

Fumer de la marihuana est mauvais pour la santé et illégal, et en vendre ou en cultiver doit demeurer un acte criminel. Il faut aussi adopter et appliquer des lois interdisant la conduite avec facultés affaiblies par la marihuana et faire en sorte que les tribunaux puissent les administrer de façon sensée et efficace. Il est inutile de dépenser des millions de dollars chaque année pour renseigner la population sur les effets néfastes de la cigarette si nous ne contrôlons même pas la consommation de la marihuana.

Avant de décriminaliser la marihuana, il faudrait régler les problèmes cités plus haut et, notamment, quantifier la simple possession. Qu'on puisse recommander de décriminaliser la possession d'une quantité de 30 grammes de marihuana sans admettre que cela revient à légaliser la possession de marihuana relève du mystère. Même la Hollande, le pays le plus libéral de tous à ce chapitre, ne tolère pas la possession de plus de 5 grammes de marihuana. Le Comité maquille ses motifs et ne légalise pas seulement la possession, mais aussi la culture de la marihuana. Comment détermine-t-on le nombre de plants que 30 grammes de marihuana représentent?

Cette recommandation est irresponsable et ne sert qu'à appuyer les objectifs du Cabinet libéral.

OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS

COMITÉ SPÉCIAL

SUR LA CONSOMMATION NON MÉDICALE

DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

Le Bloc Québécois souhaite par le biais de cette opinion complémentaire faire quelques observations qui, espérons-le, préciseront son point de vue en matière de consommation non-médicale des drogues.

Les députés du Bloc Québécois qui ont participé aux travaux du Comité ne contestent pas que la consommation de drogues et la problématique de la toxicomanie revêtent une très grande importance. La toxicomanie brise des vies, fragilise des familles et gangrène des communautés. Au nombre de ses conséquences, il y a bien sûr la souffrance des enfants, l'inquiétude des parents, la violence de certains citoyens qui embrassent le crime organisé et la perte de productivité de personnes qui ne sont plus en mesure de fournir une honnête prestation de travail. En ce sens, le Bloc Québécois est bien conscient que tous les niveaux de gouvernement sont concernés par la problématique de la consommation de drogues. Le Bloc Québécois souscrit donc aux grandes orientations du présent rapport.

Le Bloc Québécois tient cependant à réaffirmer que si tous sont concernés par la problématique des drogues, il n'en demeure pas moins que seuls les gouvernements des provinces ont une compétence constitutionnelle valide pour offrir des services de santé à nos concitoyens. Étant entendu que le gouvernement fédéral peut se réclamer de cette compétence à l'endroit des populations autochtones, des détenus qui se retrouvent dans ses pénitenciers et des personnes engagées au sein des forces armées canadiennes, il est clair que pour les députés du Bloc l'articulation d'une nouvelle stratégie fédérale antidrogue devra se déployer à l'intérieur de ces balises.

Plusieurs propositions du présent rapport concernent la disponibilité des soins, l'offre de traitements, l'échange de seringues et des politiques de santé publique. Il nous apparaît que, en ce qui a trait à ces questions, le fédéral peut bien formuler des souhaits pour voir l'une ou l'autre des provinces emprunter telle ou telle direction, mais qu'en définitive ce sont les gouvernements provinciaux eux-mêmes qui décideront de la nature précise des politiques à adopter.

Bref d'aucune manière, le Bloc Québécois ne pourra accepter que la mise en œuvre d'une éventuelle politique fédérale antidrogue soit un élément contributoire à l'articulation d'un système de santé unique où le gouvernement fédéral, profitant des recommandations du Forum national sur la santé (1997), du rapport Kirby (2000-2002) et de la Commission Romanow, s'immisce, de la petite enfance aux soins palliatifs, dans le secteur de la santé. D'autant que, de 1994 à ce jour, le gouvernement fédéral a coupé 35 milliards $ dans les paiements de transfert en santé aux provinces.

En plus des réalités juridictionnelles dont nous avons fait état, l'appui du Bloc Québécois à un cadre d'intervention en matière de consommation de drogues sera conditionnel à l'adhésion aux deux principes suivants :

1. **L'adhésion à la stratégie de réduction des méfaits**

Depuis deux décennies, ce modèle d'intervention, qui nous vient de la Grande-Bretagne, a été incorporé aux politiques publiques en matière de drogue du gouvernement du Québec. Il postule que si l'abstinence est certes un idéal à atteindre, il n'est peut-être pas un objectif réaliste dans tous les cas. Il vaut mieux s'assurer que les toxicomanes qui consomment le fassent dans un premier temps dans des conditions sécuritaires et que, dans un deuxième temps, des démarches les conduisant vers l'abstinence soient proposées.

2. **Remaniement du cadre législatif**

Le Bloc Québécois croit que le chapitre 9 qui traite de la marihuana est le plus faible du rapport. On ne saurait trop insister sur le fait que 80 ans de régime prohibitionniste n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés en matière de santé publique et de lutte contre le crime organisé.

Le cadre législatif actuel a puissamment contribué à l'éclosion d'un important commerce illicite de la drogue. La Vérificatrice générale du Canada a estimé que le marché des drogues illicites représentait des ventes variant entre 7 et 18 milliards $ au Canada en l'an 2000. Or, il semblerait que seulement 10 % des drogues qui circulent au Canada sont saisies par les organismes d'application de la loi.

Pour le Bloc Québécois, il ne fait aucun doute que le régime pénal en vigueur pour la possession simple de marihuana est dépassé et passéiste. Aucun citoyen ne devrait se retrouver avec un casier judiciaire à la suite de la possession simple de cannabis. La liste des stigmates résultant de l'établissement d'un casier judiciaire est longue : rejet de demande de libération sous caution, difficulté de passage aux douanes, d'obtention de la citoyenneté et d'embauche pour les chercheurs d'emploi, etc. En ce sens, le Bloc Québécois souscrit pleinement aux recommandations 40 et 41 qui vont dans le sens d'une stratégie globale de décriminalisation de la possession de marihuana à usage personnel.

Le Bloc Québécois souhaiterait également qu'un pourcentage des sommes d'argent découlant des saisies de drogues soit affecté à des programmes de sensibilisation et d'éducation du public. Qui plus est, le Bloc Québécois a la conviction que le caractère mouvant et évolutif du crime organisé, allié au fait que plusieurs causes-types sont présentement devant les tribunaux, justifient pleinement qu'un Comité de la Chambre fasse le bilan des différentes législations adoptées en la matière et élabore des recommandations afin que le code criminel soit davantage actualisé aux réalités du monde interlope des années 2000.

Les parlementaires du Bloc Québécois, à l'instar d'autres collègues, ont participé avec assiduité aux travaux du Comité et fait l'audition de plus de 200 témoins, la lecture de milliers de pages d'expertise et des déplacements dans les grandes villes canadiennes telles : Montréal, Ottawa, Vancouver, Toronto, Charlottetown, Halifax, Edmonton et Saskatoon. Au terme de ce travail, nous réaffirmons avec force que ce serait une grave erreur, comme le suggèrent une certaine gauche au Canada anglais, le Comité Nolin et certains extraits du présent rapport, que le gouvernement fédéral sente le besoin d'assurer un leadership dans la lutte contre la toxicomanie et la consommation de drogues.

D'abord, il a été établi que le gouvernement fédéral a très mal géré sa propre stratégie antidrogue de 1987 à 1998. De plus, les grandes interventions que requièrent la planification et l'élaboration d'une politique antidrogue sont davantage associées à l'éducation, aux traitements et à la sensibilisation de clientèles marginalisées, toutes choses qui relèvent de la compétence des provinces. Cela est tellement vrai que lorsqu'on examine les 104 millions $ que Santé Canada dépense annuellement en matière de lutte contre la toxicomanie, il n'y a que 14 millions $ affectés au traitement et à la réadaptation, et encore, ces sommes d'argent sont acheminées aux provinces. Bref, de tous les niveaux de gouvernement, c'est le gouvernement fédéral qui possède le moins d'expertise en matière de toxicomanie, à l'exclusion de la consommation de drogues chez les autochtones, de la drogue dans les pénitenciers et des personnes engagées au sein des forces armées canadiennes.

RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE

LIBBY DAVIES, DÉPUTÉE DE VANCOUVER-EST

COMITÉ SPÉCIAL SUR LA CONSOMMATION

NON MÉDICALE DE DROGUES OU MÉDICAMENTS

Le NPD a participé pleinement au Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments. L'usage nocif de substances dans notre société impose des coûts sociaux, économiques et sanitaires considérables aux Canadiens. Le travail du Comité a offert une bonne occasion d'examiner l'usage nocif de substances et d'entendre des Canadiens qui sont touchés par ce problème. Les membres du Comité ont collaboré entre eux et ont été respectueux des divergences d'opinions. Il est significatif que nous soyons parvenus à nous entendre sur de nombreux points et, à cet égard, je tiens à remercier les membres qui ont travaillé si fort à dégager ces consensus.

Le NPD appuie bon nombre des recommandations du Comité en matière d'éducation, de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et de sécurité publique. Il appuie vigoureusement les recommandations concernant la nomination d'un commissaire fédéral aux drogues investi des pleins pouvoirs pour assurer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue. Cependant, la nomination d'un tel commissaire doit refléter l'idée que l'usage nocif de drogues constitue essentiellement une affaire de santé, non pas d'application de la loi.

Le NPD reproche surtout au rapport de ne pas traiter convenablement des méfaits fondamentaux de la législation antidrogue du Canada et de l'inaction du gouvernement fédéral. Le manque du leadership du gouvernement fédéral a eu des répercussions dévastatrices sur la santé dans les collectivités qui font face à cette crise. Le leadership dans ce dossier est venu des collectivités locales comme le montre la récente élection municipale à Vancouver. Le gouvernement fédéral et Santé Canada ont été lents à réagir à cette crise sanitaire. Quand on songe à toutes les vies perdues, il est honteux qu'on ait attendu si longtemps avant de procéder à certains des grands changements recommandés par de nombreux experts.

Le NPD appuie en général les recommandations 1 à 27 concernant le mandat, le rôle et la priorité de la Stratégie canadienne antidrogue ainsi que les recommandations sur la nécessité d'assurer un accès élargi aux soins et aux services de réadaptation et de soutien à long terme. Le NPD croit fermement aussi à la nécessité des essais cliniques à l'héroïne et des lieux de consommation sûrs (recommandations 20 à 23). À cet égard, Santé Canada doit agir rapidement pour arrêter la perte inutile de vies humaines et la

destruction sociale dans des collectivités comme Downtown Eastside à Vancouver. La solution doit comporter un soutien à la fois économique et législatif à l'établissement de lieux de consommation sûrs.

Priorité à l'application de la loi : Le rapport de 2001 du vérificateur général sur les drogues illicites insiste sur la faiblesse, le manque de reddition de comptes et l'échec de la Stratégie canadienne antidrogue. Cette stratégie a *en pratique* pour axe principal l'application de la loi — le recours à des pouvoirs essentiellement de droit pénal en matière de drogues. Cette priorité à la répression («la réduction de l'offre») détourne les ressources de mesures qui parviendraient peut-être beaucoup mieux à réduire l'usage nocif de substances et les méfaits qu'il cause.

Ce recours prioritaire au droit pénal à l'égard des comportements liés à la consommation de drogues n'a ni réduit la consommation ni apporté de solution efficace à de graves problèmes de santé et de sécurité. En fait, il semble bien d'après les experts que la prohibition et la criminalisation des consommateurs de drogues *augmentent* les méfaits associés aux drogues. Les drogues ne font pas l'objet de contrôles de qualité, l'éducation est parfois faussée à cause de l'illégalité des drogues et la cherté des drogues sur le marché illégal tend à encourager les consommateurs à prendre les drogues d'une manière qui augmente les risques pour la santé. Tout cela augmente grandement les risques de maladie et de surdose. Le rapport ne distingue pas les méfaits attribuables à la pharmacologie de la drogue des méfaits attribuables aux politiques comme la prohibition et le manque d'éducation.

Éducation antidrogue : Le rapport reconnaît l'importation de l'éducation antidrogue, mais il minimise ou rate deux points fondamentaux. D'abord, si l'usage nocif de drogues est une affaire de santé publique, pourquoi les programmes d'éducation antidrogue relèvent-ils de la police? Les policiers ont les compétences voulues pour discuter du droit en matière de drogues illégales et légales, mais ils ne sont ni pharmacologues ni agents de santé publique. Il y a tout lieu de croire que les programmes d'éducation antidrogue donnés par la police sont inefficaces.

Même si les programmes d'éducation antidrogue étaient sans lacunes, la police est limitée quant au type d'éducation qu'elle peut offrir. Sa mission est de faire respecter la loi. Certains policiers peuvent rechigner à enseigner les précautions à prendre en matière de consommation parce qu'ils estiment qu'ils vont alors à l'encontre de leur mission d'application de la loi aux consommateurs. Pourtant, en n'enseignant pas les précautions à prendre en matière de consommation, nous abandonnons les millions de Canadiens qui à un moment ou l'autre consomment des drogues. Il est essentiel de décourager les Canadiens de l'usage nocif des drogues, mais il l'est tout autant d'en réduire au minimum les dangers en offrant une éducation honnête, factuelle et non dépréciative. Ce genre d'éducation peut sauver des vies et protéger la santé tant des consommateurs que des collectivités qui les entourent. Il existe un besoin urgent de programmes d'éducation et de

prévention réalistes axés sur la santé qui s'adressent aux principaux groupes à risque comme les jeunes et qui visent à favoriser la sécurité, la santé et le bien-être des individus et de la collectivité tout entière.

L'inefficacité de l'application de la loi : Les efforts d'application de la loi ont presque complètement échoué à empêcher l'entrée de drogues au Canada. Selon un agent de l'Agence des douanes et du revenu du Canada qui a comparu devant le Comité en octobre 2001, nous interceptons seulement environ 10 % des drogues destinées à notre pays. Il y a également une production nationale de cannabis et de drogues synthétiques. Pourtant, selon le vérificateur général, le gros des crédits fédéraux affectés au problème de la drogue au Canada va à l'application de la loi. Même si la police parvenait à augmenter grandement le pourcentage des drogues qu'elle saisit — mettons 50 % des drogues qui entrent au Canada ou qui y sont produites —, elle serait encore très loin de régler le problème. Le prix des drogues augmenterait presque certainement, ce qui pousserait les usagers dépendants à commettre des crimes « d'acquisition » pour financer leur consommation. Il se pourrait également qu'ils se tournent vers des alternatives moins chères et éventuellement plus dangereuses. Et le crime organisé continuerait de tirer d'énormes profits du trafic. Il ne s'agit pas là d'une critique à l'endroit de la police (sauf dans la mesure où elle préconise de continuer à employer des méthodes inefficaces) étant donné que la dynamique même de la prohibition rend sa tâche impossible. Si nous ne parvenons pas à empêcher l'entrée de drogues dans nos prisons, comment pouvons-nous prétendre que l'application de la loi puisse y parvenir dans un environnement beaucoup plus ouvert que les prisons?

Le NPD a donc de sérieuses réserves concernant les recommandations 36 à 39. Elles portent sur la réduction de l'offre et ne posent pas de limites aux ressources ou aux pouvoirs supplémentaires affectés aux efforts de répression. Cette section du rapport (chapitre 6) ne s'attaque pas à certains des graves problèmes sous-jacents à la Stratégie canadienne antidrogue. Dire que l'affectation de «ressources supplémentaires», notamment au chapitre de l'application de la loi, va régler nos problèmes de drogue, c'est faire preuve d'irréalisme et de myopie.

Le financement du crime organisé : Le Comité semblait hésitant à analyser les liens entre la prohibition des drogues et le crime organisé. Le NPD croit qu'il aurait fallu y consacrer une analyse et une discussion détaillée afin de mieux faire comprendre au public les options qui s'offrent en matière de politique publique. Il est regrettable que le rapport passe en somme à côté de ces questions mis à part une petite déclaration écartant la question du crime organisé. Le détournement de centaines de milliards de dollars par an en direction d'éléments criminels mérite plus d'attention que le rapport ne lui en accorde.

Les gouvernements de par le monde sont à la recherche de moyens d'enrayer l'enrichissement des éléments criminels, préconisant souvent des mesures qui portent gravement atteinte aux libertés civiles de leurs citoyens sans donner de grands résultats. Pourtant, ils négligent souvent d'examiner comment nos lois antidrogue créent

l'environnement favorable à un marché illégal aussi immensément lucratif. Il importe d'examiner l'impact de ces politiques non seulement au Canada, mais aussi à l'échelle mondiale, par exemple dans des pays comme la Colombie, où les politiques de prohibition causent de la souffrance et de la violence. Il est absolument essentiel de discuter ouvertement et honnêtement de la façon dont la prohibition permet l'enrichissement des groupes criminels.

Tribunaux de traitement de la toxicomanie : Le NDP a des réserves au sujet des « tribunaux de traitement de la toxicomanie ». Ces tribunaux sont devenus une solution politique populaire aux problèmes de la drogue, mais rien ne prouve encore de façon concluante qu'ils soient efficaces ou que les modèles de traitement coercitif qu'ils comportent donnent des résultats. Les ressources pourraient être mieux employées à empêcher les toxicomanes de ne jamais avoir affaire au système de justice pénale. Le NPD a donc de sérieuses réserves concernant les recommandations 28 et 29. Il conteste également la viabilité des recommandations concernant Service correctionnel Canada qui lui fixent l'abstinence comme objectif de traitement principal (recommandation 33) et un plan triennal visant à réduire considérablement l'entrée de drogues dans les prisons (recommandation 30). Ces recommandations ne tiennent pas compte de la réalité des drogues dans nos prisons. Le NPD mettrait davantage l'accent sur les mesures de réduction des méfaits, comme les échanges de seringues et l'accès élargi au traitement, solution selon lui plus pratique. Il croit que la recommandation 34 (création de deux établissements correctionnels sans drogues) est contradictoire, contre-productive et discriminatoire compte tenu de la nécessité évoquée à la recommandation 35 de fournir des services de traitement adéquats à tous les délinquants.

Marihuana : Le Comité recommande une formule de décriminalisation (recommandations 40 et 41). Le NDP considère la décriminalisation seulement comme une solution partielle. La décriminalisation de la possession et de la culture de petites quantités telle que recommandée par le Comité éviterait aux intéressés un casier judiciaire. Cependant, elle laisse entiers les autres méfaits de notre système de prohibition criminelle. Par exemple, le simple fait de passer un « joint » à un ami constituerait toujours une infraction de « trafic » aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Les pouvoirs intrusifs que la loi accorde à la police resteraient vraisemblablement les mêmes.

En outre, la proposition du Comité ne change rien à la situation de ceux qui se retrouvent avec un casier judiciaire pour simple possession ou pour transfert ou culture de petites quantités à des fins non commerciales. Si nous estimons que les Canadiens ne devraient pas désormais avoir de casier judiciaire pour certains actes liés à la marihuana, ceux qui ont été condamnés par le passé devraient être pardonnés aux termes d'une amnistie générale et leur casier devrait être effacé.

L'usage de la marihuana, la décriminalisation et la légalisation ont déjà fait l'objet d'un débat public considérable. Le NPD se réjouit que le rapport du Comité sénatorial spécial sur le cannabis soulève des questions rationnelles et importantes. Le gouvernement fédéral devrait examiner son analyse et sa recommandation relative à la

création d'un régime d'exemption criminelle. Le NPD presse le gouvernement fédéral d'examiner et d'adopter des approches de réglementation non criminelles et non punitives à l'égard des adultes en tant qu'orientation de politique publique préférable, privilégiant les programmes réalistes d'éducation et de prévention des méfaits.

Marihuana médicale : Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments n'a pas traité de l'utilisation de la marihuana à des fins médicales. Cependant, le NPD souhaite attirer l'attention sur les problèmes et les lacunes graves du programme du gouvernement fédéral en matière de marihuana médicale. Le règlement régissant le programme est très restrictif et trop bureaucratique et limite sévèrement l'accès des Canadiens qui ont un besoin légitime de marihuana thérapeutique. Le NPD croit qu'il faudrait éliminer ces restrictions inutiles. Les recommandations du Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites vont dans le bon sens à cet égard et devraient être adoptées.

PROCÈS-VERBAL

Le mardi 19 novembre 2002
(*Séance n° 19*)

Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments se réunit aujourd'hui *à huis clos*, à 16 h 15, dans la salle 701 de l'édifice La Promenade, sous la présidence de Paddy Torsney (*présidente*).

Membres du Comité présents : Carole-Marie Allard, l'hon. Hedy Fry, Derek Lee, Réal Ménard, Kevin Sorenson et Paddy Torsney.

Membres substituts présents : Beth Phinney pour Mac Harb; Roger Cuzner pour Jacques Saada.

Aussi présentes : *De la Bibliothèque du Parlement* : Chantal Collin et Marilyn Pilon, attachées de recherche.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par la Chambre des communes le lundi 7 octobre 2002, examen des facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments.

Le Comité reprend l'examen de son ébauche de rapport.

Il est convenu, avec dissidence — Que le Comité adopte l'ébauche de rapport comme étant son rapport à la Chambre des communes.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à corriger le texte du rapport et à y apporter les changements qui seront jugés nécessaires sans en modifier le fond.

Il est convenu, avec dissidence — Que la présidente soit autorisée à retenir les services d'un consultant spécialiste des relations avec la presse pour établir une stratégie de communication pour la sortie du rapport et que la valeur du contrat ne dépasse pas 10 000 $. La proposition fera l'objet d'une discussion à une réunion du Comité spécial qui doit avoir lieu le mardi 26 novembre 2002.

Il est convenu, avec dissidence — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

À 19 h 08, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le mardi 26 novembre 2002
(*Séance n° 20*)

Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments se réunit aujourd'hui *à huis clos*, à 9 h 15, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Paddy Torsney (*présidente*).

Membres du Comité présents : Carole-Marie Allard, l'hon. Hedy Fry, Mac Harb, Dominic LeBlanc, Derek Lee, Réal Ménard, Kevin Sorenson, Paddy Torsney et Randy White.

Aussi présentes : *De la Bibliothèque du Parlement* : Chantal Collin et Marilyn Pilon, attachées de recherche.

Témoins : *De Hill & Knowlton Canada* : Heidi Bonnell, vice-présidente communications; Joy Jennissen, vice-présidente.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par la Chambre des communes le lundi 7 octobre 2002, examen des facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments.

Les témoins font une présentation sur une stratégie de communication pour la parution du rapport du Comité.

Il est convenu, — Que le Comité présente ses recommandations dans deux rapports, un rapport intérimaire qui sera présenté le lundi 9 décembre 2002, le rapport final étant présenté le jeudi 12 décembre 2002, et que le Comité tienne des conférences de presse simultanées dans différents endroits au Canada.

Il est convenu, — Que le Comité demande à la Chambre des communes d'autoriser ses membres à se rendre à Vancouver, Halifax et Montréal pour tenir des conférences de presse simultanées lors de la parution de son rapport intérimaire, le lundi 9 décembre, et que le personnel nécessaire accompagne les membres.

Il est convenu, avec dissidence, — Que, nonobstant la motion adoptée à sa séance du mardi 19 novembre, la présidente, de concert avec les deux vice-présidents, soit autorisée à renégocier un contrat avec Hill & Knowlton Canada pour la mise en place d'une stratégie de communication ne dépassant pas 15 000 $ pour les rapports du Comité.

À 10 h 58, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

La greffière du comité

Carol Chafe

Strong family ties seen deterrent to drug use

CALGARY — Focus on the Family has launched a program to
About 160 people attended a Tuesday night session
organization.
"Focus on the Family is launching this
empower parents and give them the skills they
tive of the organization.
The program, How to Drug Proof Your Kids,
It's based on recruiting parents to become
other parents.
So far, more than 700 programs have
About 1,200 community facilitators have
The program consists of six sessions,
two hours.
The sessions cover areas such as why kids
good choices, prevention tools for parents
Webber cited studies from Statistics Can
to prevent children from falling prey to drug
He said half of youngsters who say they
than any other influence.
Webber explained teens who experience
are raised in a "hands-on" environment.
The latter involves keeping track of child
appropriate boundaries.
Glenn Williams, executive director of Focu
was the keynote speaker Tuesday at the Her
He also stressed the importance of family
Williams told the audience the most impo
ships with their children and maintain open c

...ce of family in "drug pr...

RCMP make $30-million ecstasy bust in Montreal

MONTREAL — Police in Montreal have seized more than 85
objects of the love drug ecstasy in the largest drug raid of its k
announced yesterday.
At a ...
...Dorval Airport last Friday. ...

Police decontaminate house after Winnipeg drug lab busted

WINNIPEG — Winnipeg police were still decontaminating a west-end
house yesterday that doubled as a major ecstasy drug lab, only the
second of its kind ever uncovered in Manitoba.
The unassuming two-storey house was raided by police on
Wednesday night. They clandestine drug lab they uncovered also pro
duced GHB, which is known as the date rape drug, as well as the popu
lar rave drug ecstasy.
A 33-year-old man was arrested at the scene.
The police drug unit was tipped off about the house by the vice
department. Johnson said it was a fairly sophisticated operation ...

Neigh... get ri...

SURREY ...
Whalley ...
house ow...
as well ...
Resling ...
partnership ...
the neighb...
dubbed ...
North Su...
they ...
Block W...
forced ...
houses ...
nice f...
wooded ...
from ...
and d...
street ...